

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE BRASILEIRA
FACULDADE DE MEDICINA**

MARIA EVANGELISTA MARTINS

**USO DE ALCOÓLICOS, PERSONALIDADE, QUALIDADE DE VIDA E *COPING*
RELIGIOSO-ESPIRITUAL EM HEPATOPATAS**

**JUIZ DE FORA – MG
2011**

MARIA EVANGELISTA MARTINS

**USO DE ALCOÓLICOS, PERSONALIDADE, QUALIDADE DE VIDA E *COPING*
RELIGIOSO-ESPIRITUAL EM HEPATOPATAS**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde, área de concentração em Saúde Brasileira, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde.

Orientador: Prof.Dr. Mário Sérgio Ribeiro

Co-orientador: Prof. Dr. Luiz Cláudio Ribeiro

JUIZ DE FORA

2011

Martins, Maria Evangelista

Uso de alcoólicos, personalidade, qualidade de vida e coping religioso-espiritual em hepatopatas / Maria Evangelista Martins. – 2011.

141 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Saúde)—Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

1. Fígado - doenças. 2. Alcoolismo. 3. Qualidade de vida
I. Título.


MARIA EVANGELISTA MARTINS

Uso de alcoólicos, Personalidade, qualidade de vida e *Coping* religioso-espiritual em hepatopatas

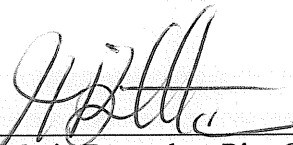
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Brasileira, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde.

Aprovada em 25/03/2011

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Mário Sérgio Ribeiro – Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora



Prof. Dr.ª Maria Bernadete Pita Guimarães
Faculdade Estácio de Sá



Prof. Dr. Uriel Heckert
Universidade Federal de Juiz de Fora

AGRADECIMENTOS

À Deus, cuja presença sempre senti em minha vida

À minha mãe, Joventina de Freitas Martins, pelo carinho, incentivo, e apoio incondicional.

Aos meus filhos, Abel Eugênio Martins Leitão e Camilla Martins Leitão, pela paciência, auxílio e compreensão nos momentos mais difíceis.

Ao orientador professor Dr. Mário Sérgio Ribeiro, pela oportunidade, ensinamentos, dedicação, confiança, e incentivo.

Ao co-orientador, professor Dr. Luiz Cláudio Ribeiro, pela paciência, disponibilidade e cooperação.

Ao Bolsista Thales Januzzi Feital, pela dedicação e valiosa colaboração na análise estatística.

Ao colega Rafael Alves Baracho, pelo interesse pela pesquisa e colaboração na aplicação dos questionários.

Ao Coordenador do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, professor Aécio Flávio Meirelles de Souza por ter possibilitado a realização desta pesquisa.

Aos técnico-administrativos do Centro de Referência em Hepatologia por disponibilizarem acesso aos prontuários médicos e à agenda de marcação das consultas, facilitando o acesso aos pacientes.

A todos os pacientes que participaram do estudo.

À toda a direção do programa de Pós-Graduação em Saúde da Faculdade de Medicina da UFJF, pelas oportunidades concedidas neste meu caminho que se inicia no campo da pesquisa.

RESUMO

O objetivo deste estudo exploratório foi identificar o perfil do caráter, qualidade de vida e o uso do *coping* religioso-espiritual como estratégia de enfrentamento de circunstâncias estressoras; bem como verificar possíveis associações entre dimensão “caráter” da personalidade, uso do *coping* religioso-espiritual e qualidade de vida — tomadas isolada ou conjuntamente —, padrão de uso de alcoólicos (na vida e no último ano) e variáveis sociodemográficas entre 125 indivíduos atendidos em um Centro de Referência em Hepatologia de um Hospital Universitário. Foram aplicados questionários semi-estruturados, sigilosos, anônimos e auto-aplicáveis contendo variáveis diversas — sociodemográficas; consumo de alcoólicos na vida e no último ano; relativas à frequência, e opiniões pessoais sobre os Alcoólicos Anônimos (AA); às dimensões do caráter da personalidade; uso do *coping* religioso-espiritual e qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, social, ambiental e global. Foram efetuadas análises exploratórias, bivariadas e, para caracterizar o peso relativo das variáveis estudadas sobre os desfechos analisados, utilizou-se a regressão logística. Os resultados indicaram que, dentre os pacientes avaliados, foi positivamente identificado pelos instrumentos que: 54,2%, 52,7% e 50,9% apresentavam pontuação acima da mediana nas escalas de auto-direcionamento, cooperatividade e auto-transcendência respectivamente. Em relação à qualidade de vida, 54,1% nos domínios físico, psicológico e ambiental do WHOQOL-BREF pontuaram acima da mediana em auto-direcionamento, e 51,3% no domínio social obtiveram melhores pontuações nessa escala; 50% no domínio social e acima de 50% nos outros domínios obtiveram pontuações acima da mediana em cooperatividade; 52% no domínio social e acima de 52% nos demais domínios do WHOQOL-BREF pontuaram acima da mediana na escala de auto-transcendência. Quanto ao uso do *coping* religioso-espiritual (razão CREN/CREP), 53,7%, 53,9% e 52,6% obtiveram pontuações acima da mediana nas escalas de auto-direcionamento, cooperatividade e auto-transcendência respectivamente. Nos modelos de regressão logística desenvolvidos, observou-se que pontuação mais elevada na escala de auto-direcionamento associou-se significativamente à melhor qualidade de vida no domínio psicológico do WHOQOL-BREF e ao maior uso de *coping* religioso-espiritual positivo em relação ao negativo. Pontuação mais elevada na escala de cooperatividade associou-se à melhor qualidade de vida nos domínios social e ambiental e ao maior uso do *coping* religioso-espiritual positivo em relação ao negativo. Pontuação mais elevada na escala de auto-transcendência associou-se à pior qualidade de vida no domínio físico do WHOQOL-BREF.

Palavras-chave: Personalidade; Qualidade de vida; WHOQOL-BREF; *Coping* religioso-espiritual; Consumo de alcoólicos.

ABSTRACT

The objective of this exploratory study was to identify the character profile, quality of life and the use of spiritual religious coping as a coping strategy of stressful circumstances; and check possible associations between the “character” dimension of personality, use of spiritual religious coping and quality of life—taken separated or together —, pattern of alcohol use (on the whole life and in the last year) and sociodemographic variables between 125 subjects treated on a Reference Center in Hepatology of an University Hospital. Questionnaires were used semi-structured, confidential, anonymous and self applicable containing several variables — sociodemographic; consumption of alcohol on the whole life and on the last year; frequency and personal opinions about the Alcoholics Anonymous (AA); personality character dimensions; use of spiritual religious coping and quality of life on the physical, psychological, social, environmental, and global domains. Exploratory and bivariate analysis were performed and, to characterize the relative influence of variables on the outcomes examined, we used logistic regression. The results indicated that, between the assessed patients, was positively identified by the instruments: 54.2%, 52,7% e 50,9% showed scores above average on the scales self-directedness, cooperativeness, and self-transcendence, respectively. Regarding quality of life, 54,1% on physical, psychological and environmental domains of WHOQOL-BREF scored above average in self-directedness and 51,3% on social domain achieved best scores on this scale; 50% on the other domains achieved scores above average on cooperativeness; 52% on the social domain and above 52% on the other domains of WHOQOL-BREF scored above average on the scale self-transcendence. As for spiritual religious coping (CREN/CREP ratio), 53,7%, 53,9% and 52,6% achieved scores above average on the scales self-directedness, cooperativeness, and self-transcendence, respectively. In logistic regression models developed, it was observed that the higher scores on the self-directedness scale were significantly associated to a better quality of life on the WHOQOL-BREF's psychological domain and to a higher use of positive spiritual religious coping, compared to the negative. Higher scores on the Cooperativeness scale were associated to a better quality of life on social and environmental domains and to a higher use of positive spiritual religious coping, compared to the negative. Higher scores on the auto-transcendence scale were associated to a worse quality of life on the WHOQOL-BREF's physical domain.

Key-words: Personality; Quality of life; WHOQOL-BREF; Spiritual religious coping use of alcoholics.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	- Descritores do Temperamento do TCI	28
QUADRO 2	- Descritores do caráter do TCI	29
QUADRO 3	- Domínios e facetas do WHOQOL-BREF	36
QUADRO 4	- Métodos ou estratégias de <i> coping </i> religioso-espiritual da RCOPE	41
QUADRO 5	- Fatores das dimensões de <i> coping </i> religioso-espiritual da escala CRE	43
QUADRO 6	- Escores brutos, percentis-escores e classificação nas escalas do caráter-TCI	59
QUADRO 7	- Variáveis sociodemográficas contidas no banco de dados ou criadas <i> a posteriori </i>	62
QUADRO 8	- Variáveis religiosas contidas no banco de dados ou criadas <i> a posteriori </i>	62
QUADRO 9	- Variáveis referentes ao consumo de alcoólicos contidas no banco de dados ou criadas <i> a posteriori </i>	63
QUADRO 10	- Variáveis referentes aos Alcoólicos Anônimos (AA) contidas no banco de dados	64
QUADRO 11	- Variáveis contidas no banco de dados ou criadas <i> a posteriori </i> referentes ao caráter, <i> coping </i> religioso-espiritual, situação de estresse vivida nos últimos três anos, e domínios do WHOQOL-BREF	65

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	- Análise descritiva das variáveis sociodemográficas de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010	71
TABELA 2	- Análise descritiva das variáveis sociodemográficas (religiosas) de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010	72
TABELA 3	- Análise descritiva das variáveis relacionadas ao consumo de Alcoólicos na vida e no último ano de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010	72
TABELA 4	- Análise descritiva das variáveis relacionadas ao uso do <i>coping</i> religioso espiritual em pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010	73
TABELA 5	- Análise descritiva das variáveis relacionadas a escalas de caráter em pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010	73
TABELA 6	- Análise descritiva das variáveis relacionadas à qualidade de vida em pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010	73
TABELA 7	- Análise descritiva das variáveis relacionadas aos Alcoólicos Anônimos em pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010	74
TABELA 8	- Categorias de situações de estresse vivenciadas por 125 pacientes do Centro de Referência em Hepatologia HU-UFJF nos últimos três anos	75
TABELA 9	- Auto-direcionamento – análise bivariada das variáveis sociodemográficas de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010	76
TABELA 10	- Auto-direcionamento – análise bivariada das variáveis de consumo de alcoólicos na vida e no último ano de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010	77
TABELA 11	- Auto-direcionamento – análise bivariada da variável <i>coping</i> religioso/Espiritual de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010	77
TABELA 12	- Auto-direcionamento – análise bivariada dos domínios do WHOQOL e índice global de pacientes do centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF – 2010	78
TABELA 13	- Cooperatividade – análise bivariada das variáveis Sociodemográficas de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010	79
TABELA 14	- Cooperatividade – análise bivariada das variáveis de consumo de alcoólicos na vida (CAGE) e no último ano (AUDIT) de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010	80
TABELA 15	- Cooperatividade – análise bivariada da variável <i>coping</i> religioso/espiritual de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010	80
TABELA 16	- Cooperatividade – análise bivariada dos domínios do WHOQOL e índice global de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF – 2010	81

TABELA 17	- Auto-transcendência – análise bivariada das variáveis sociodemográficas de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJ, MG – 2010	82
TABELA 18	- Auto-transcendência – análise bivariada das variáveis de consumo de alcoólicos na vida e no último ano de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010	83
TABELA 19	- Auto-transcendência – análise bivariada da variável <i>coping</i> religioso-espiritual de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010	83
TABELA 20	- Auto-transcendência – análise bivariada dos domínios do WHOQOL e índice global de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010	84
TABELA 21	- Maturidade – análise bivariada das variáveis sociodemográficas de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010	85
TABELA 22	- Maturidade – análise bivariada das variáveis de consumo de alcoólicos na vida e no último ano de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010	86
TABELA 23	- Maturidade – análise bivariada da variável <i>coping</i> religioso-espiritual de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010	86
TABELA 24	- Maturidade – análise bivariada dos domínios do WHOQOL e índice global de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010	87
TABELA 25	- Bem-estar – análise bivariada das variáveis sociodemográficas de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010	88
TABELA 26	- Bem-estar – análise bivariada das variáveis de consumo de alcoólicos na vida e no último ano de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010	89
TABELA 27	- Bem-estar – análise bivariada da variável <i>coping</i> religioso-espiritual de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010	89
TABELA 28	- Bem-estar – análise bivariada dos domínios do WHOQOL e índice global de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010	90
TABELA 29	- Modelo 1: razão de chance de ser auto-direcionado e “p-valores” para os diversos fatores associados entre pacientes do Centro de Referência em Hepatologia – HU-UFJF, MG – 2010	91
TABELA 30	- Modelo 2: razão de chance de ser cooperativo e “p-valores” para os diversos fatores associados entre pacientes do Centro de Referência em Hepatologia – HU-UFJF, MG – 2010	91
TABELA 31	- Modelo 3: razão de chance de ser auto-transcendente e “p-valores” para os diversos fatores associados entre pacientes do Centro de Referência em Hepatologia – HU-UFJF, MG – 2010	92

LISTA DE TERMOS E ABREVIATURAS

AUDIT	The Alcohol Use Disorders Identification Test
CAGE	Instrumento de rastreamento de dependência alcoólica
CID-10	10ª Revisão da Classificação Internacional das Doenças
<i>Coping</i>	Lidar com, enfrentamento
CRE	<i>Coping</i> religioso-espiritual
CREN	<i>Coping</i> religioso-espiritual negativo
CREP	<i>Coping</i> religioso-espiritual positivo
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual, IV Edition
LAPPDA	Laboratório de Pesquisas em Personalidade Álcool e Drogas
RAZÃO CREN/CREP	Proporção entre o uso do <i>coping</i> religioso-espiritual negativo e o positivo
RCOPE	Religious Coping Scale – Escala de <i>coping</i> religioso
TCI	Temperament and Character Inventory – Inventário de temperamento e caráter
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
<i>Missing</i>	Não respostas a itens no questionário de pesquisa

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 Consumo de alcoólicos	15
2.1.1 <i>Uso funcional e disfuncional de alcoólicos</i>	15
2.1.2 <i>Síndrome de dependência e uso de risco</i>	16
2.1.3 <i>Rastreamento e avaliação de uso de alcoólicos</i>	17
2.1.4 <i>Consumo de alcoólicos e saúde</i>	19
2.2 Personalidade	20
2.2.1 <i>Teorias e instrumentos de avaliação da personalidade</i>	22
2.2.2 <i>Conceitos motivacionais relativos a teorias da personalidade que fundamentam os instrumentos utilizados na pesquisa</i>	23
2.2.3 <i>Coping</i>	24
2.2.4 <i>A teoria psicológica da personalidade de Cloninger e o TCI</i>	25
2.3 Qualidade de vida	31
2.3.1 <i>Modelos teóricos de qualidade de vida</i>	32
2.3.2 <i>Instrumentos de medida de qualidade de vida</i>	34
2.4 Religiosidade, espiritualidade e coping religioso	36
2.4.1 <i>Bem-estar, qualidade de vida e religiosidade/espiritualidade</i>	37
2.4.2 <i>Coping religioso-espiritual</i>	39
2.4.3 <i>Estratégias e estilos de coping religioso-espiritual</i>	39
2.4.4 <i>Instrumentos de medida de coping religioso-espiritual</i>	40
2.5 Saúde, personalidade, qualidade de vida e religiosidade	43
2.5.1 <i>Personalidade e saúde</i>	43
2.5.2 <i>Qualidade de vida e saúde</i>	45
2.5.3 <i>Crenças religiosas e saúde</i>	47
2.5.4 <i>Personalidade, qualidade de vida e religiosidade</i>	49
3 JUSTIFICATIVA	54
4 OBJETIVOS	55
4.1 Objetivo geral	55

4.2 Objetivos específicos	55
5 MÉTODO	56
5.1 Recursos humanos	56
5.2 Aspectos éticos	56
5.3 Delineamento do estudo	57
5.4 Instrumentos aplicados	58
5.5 Descrição e categorização das variáveis	61
5.6 Registros excluídos do banco de dados	65
5.7 Análise estatística	66
<i>5.7.1 Análise descritiva e exploratória dos dados</i>	<i>66</i>
<i>5.7.2 Análise bivariada</i>	<i>67</i>
<i>5.7.3 Regressão logística</i>	<i>68</i>
6 RESULTADOS	70
<i>6.1 Análises descritivas e exploratórias dos dados</i>	<i>71</i>
<i>6.2 Análise bivariada</i>	<i>75</i>
<i>6.3 Modelos de regressão logística</i>	<i>90</i>
7 DISCUSSÃO	93
<i>7.1 variáveis sócio-demográficas e dimensões do caráter: análises bivariadas</i>	<i>93</i>
<i>7.2 Uso de alcoólicos e dimensões do caráter: análises bivariadas</i>	<i>95</i>
<i>7.3 Qualidade de vida e dimensões do caráter: análises bivariadas</i>	<i>97</i>
<i>7.4 Coping religioso-espiritual e dimensões do caráter: análises bivariadas</i>	<i>98</i>
<i>7.5 Maturidade e qualidade de vida: análises bivariadas</i>	<i>99</i>
<i>7.6 Análise de regressão logística: Modelo de auto-direcionamento</i>	<i>100</i>
<i>7.7 Análise de regressão logística Modelo da cooperatividade</i>	<i>101</i>
<i>7.8 Análise de regressão logística Modelo da auto-transcendência</i>	<i>102</i>
<i>7.9 Síntese final dos modelos construídos</i>	<i>103</i>
8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	104
9 CONCLUSÃO	105
REFERÊNCIAS	107
APÊNDICES	121

1 INTRODUÇÃO

Revisões teóricas sobre a história natural do alcoolismo evidenciaram que o consumo de alcoólicos acompanha a humanidade desde os seus primórdios seja em rituais religiosos ou em situações de comemoração e confraternização. Também, habitualmente, usados como veículos de remédios, perfumes, e como ingredientes de receitas culinárias e bebidas que acompanham a alimentação (GIGLIOTI e BESSA, 2004; ROOM e BABOR, 2005).

Assim, depreende-se uma relação da sociedade com o álcool em que este exercia uma função tanto utilitarista quanto hedônica, o que equivaleria a um uso funcional da substância. As transformações econômicas e sociais ocasionadas pela revolução industrial – que provocaram grandes concentrações urbanas, aumentaram a produção e a disponibilidade das bebidas alcoólicas e reduziram seus preços – trouxeram mudanças na maneira da sociedade e dos homens relacionarem-se com o álcool, evidenciando outro aspecto do seu consumo: um uso não funcional ou disfuncional da substância com o potencial de originar graves transtornos de saúde pública (GIGLIOTI e BESSA, 2004; LARANJEIRA e cols., 2009).

O uso disfuncional de alcoólicos é a causa de aproximadamente 4% da carga global de doenças no mundo. Essa proporção tem aumentado para cerca de 7% na Europa Ocidental e 12% na Europa Oriental (ROOM e BABOR, 2005); e dentre os problemas de saúde ligados ao uso disfuncional e crônico de alcoólicos, destaca-se a doença hepática, sendo que o seu espectro varia da esteatose hepática a hepatite alcoólica, fibrose e cirrose hepática (TUMA e SORREL, 2004).

Manter a abstinência alcoólica é um requisito fundamental no tratamento de patologias hepáticas em função da incompatibilidade da substância com medicamentos, tais como o Interferon. O uso concomitante de alcoólicos com essa medicação diminui a resposta ao tratamento da hepatite C, o que possibilita o agravamento da doença e prejuízos para a qualidade de vida relacionada à saúde (MOCHIDA e cols, 1996; MABEE, CRIPPEN e LEE, 1998; LOGUERCIO e cols, 2000; PETERS e TERRAULT, 2002).

Pesquisas apontam que o uso disfuncional de alcoólicos pode ou não ser interrompido diante de situações extremas como sérios agravos à saúde (Cameron Wild e Cunningham, 2001; Afonso de Deus, 2002), e alcançar ou não a abstinência ou um beber de baixo risco tem sido associado a fatores ligados à personalidade (GREKIN, SHER e WOOD, 2006; McADAMS e DONNELAN, 2009).

As pesquisas que abordam fatores associados ao alcoolismo apontam para múltiplas influências, incluindo genéticas, ambientais, sociais, culturais, comportamentais (HENDERSON, GALEN e DELUCA, 1998); a personalidade é um fator de risco para a predisposição e manutenção do alcoolismo (CLONINGER e cols., 1987; LE BON e cols., 2004); e sua relação com a ocorrência de transtornos relacionados ao uso de alcoólicos tem sido foco de interesse da ciência (LARKINS e SHER, 2006).

Existem diversos modelos teóricos que visam compreender a organização da personalidade (SELLMAN e cols., 1997; PERVIN e JOHN, 2004); e Fuentes e cols. (2000) pontuam que grande parte dos autores têm priorizado aspectos biológicos ou psicológicos separadamente e que são poucas as abordagens que integram os aspectos psicobiológicos da personalidade. Destacam, dentre essas, a teoria de Cloninger, elaborada em 1986.

Segundo Mulder e cols. (1996), o modelo teórico de Cloninger propôs a existência de quatro dimensões de temperamento — busca de novidades, esquiva ao dano, dependência de recompensa e persistência — e três de caráter — auto-direcionamento, cooperatividade e auto-transcendência.

Na dimensão de auto-transcendência estão incluídos aspectos como espiritualidade e religiosidade dentre outros, sendo muito valorizados na teoria de Cloninger no sentido de contribuir para o indivíduo alcançar o bem-estar ou felicidade.

Inúmeros estudos científicos recentes têm demonstrado associação da religiosidade com melhores condições de saúde: revisão de Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Koenig (2006) indica que envolvimento religioso tem associação positiva com indicadores de bem-estar psicológico e negativa com depressão, comportamento e pensamento suicida e uso e abuso de alcoólicos e outras substâncias psicoativas.

A importância da espiritualidade e religiosidade na saúde, no bem-estar e na qualidade de vida foi também apontada pelos grupos focais realizados em 15 centros internacionais pelo grupo de trabalho da Organização Mundial de Saúde (OMS), que desenvolveu o instrumento de avaliação de qualidade de vida conhecido como WHOQOL. A partir da sugestão dos grupos focais, foi incluído no instrumento o domínio que avalia espiritualidade, crenças pessoais e religiosas.

Tomando-se a qualidade de vida como um construto multidimensional, sua avaliação tem crescido em importância como medida de desfecho em saúde, contribuindo para a verificação da efetividade de tratamentos e a utilização de medidas terapêuticas mais específicas, com o objetivo de melhores níveis de satisfação do paciente (POWER e cols., 1999).

Dificuldades na manutenção da abstinência alcoólica em seus pacientes, são relatadas por médicos do Centro de Referência em Hepatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF). Estes profissionais consideram que dentre os pacientes cadastrados há um número expressivo de portadores de patologias decorrentes do uso disfuncional de alcoólicos, seja este uso atual ou em alguma ocasião na vida; sendo o uso atual potencialmente capaz de impedir uma boa resposta ao tratamento.

A partir dessas constatações, questões instigantes despertaram o nosso interesse: é possível que fatores da personalidade na teoria psicobiológica de Cloninger, mais especificamente as dimensões do caráter, possam estar associadas ao uso disfuncional de alcoólicos nessa população? Há associação entre fatores da personalidade com a qualidade de vida?

A hipótese inicial é que os construtos “dimensões do caráter” na teoria psicobiológica de Cloninger, qualidade de vida avaliada pelo instrumento WHOQOL-BREF e o uso da espiritualidade/religiosidade como estratégia de enfrentamento de situações estressantes estão de alguma forma associados entre si; com a doença hepática e com o uso de etílicos. A partir dessa hipótese inicial, levantou-se a possibilidade de que os indivíduos, nessa população, com padrão de consumo alcoólico de baixo risco ou abstinência apresentariam pontuações elevadas nas três dimensões de caráter, melhor qualidade de vida e maior uso de religiosidade/espiritualidade positiva em relação aos que não conseguiram alcançar o padrão de baixo risco ou abstinência.

Para responder a essas questões norteadoras, foi proposto este estudo de corte transversal realizado com pacientes em avaliação e tratamento no Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, tendo como objetivo avaliar o uso de alcoólicos, a personalidade, a qualidade de vida e o uso do *coping* religioso-espiritual nessa população.

De maneira esquemática, na revisão de literatura, serão apresentados os principais construtos teóricos que fundamentam o presente estudo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Consumo de alcoólicos

Foi somente no século XVIII, logo após a crescente produção e comercialização do álcool destilado, que o conceito de alcoolismo foi introduzido e descrito como estado de intoxicação pelo álcool que se apresenta com sintomas físicos, psiquiátricos ou mistos (GIGLIOTI e BESSA, 2004; LARANJEIRA e cols., 2009).

Estudos sociológicos e epidemiológicos em comunidades identificaram um subgrupo de consumidores de alcoólicos que não apresentavam sintomas de alcoolismo, mas eram responsáveis por acidentes de trânsito e de trabalho, agressões físicas e afecções clínicas que os colocavam como consumidores de serviços de saúde. A partir desses estudos, quatro categorias diagnósticas começaram a ser delineadas: abstêmios, bebedores sem problemas (sociais), bebedores com problemas e alcoolistas (RAMOS e WOITOWITZ, 2004).

A 10ª Revisão da Classificação Internacional das Doenças (CID-10) e a *4th Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association* (DSM-IV) contemplam as quatro categorias citadas, com a ressalva que os bebedores com problemas passaram a ser denominados nocivos e os alcoolistas como portadores da síndrome de dependência alcoólica. A evolução do padrão do beber nocivo para a síndrome de dependência é um processo que pode demorar de meses a anos (RAMOS e WOITOWITZ, 2004).

2.1.1 *Uso funcional e disfuncional de alcoólicos*

Observa-se a existência de padrões de uso de alcoólicos em um *continuum* que engloba desde o uso considerado funcional – um padrão de uso sem o risco potencial de causar danos à saúde física, mental e social – ao padrão disfuncional que envolve níveis diferentes de risco até a síndrome da dependência alcoólica (GIGLIOTI E BESSA, 2004). O padrão disfuncional de uso de substâncias psicoativas corresponde ao diagnóstico de uma doença clínica ou transtorno mental relacionado ao uso da substância ou a alta probabilidade de desenvolvimento de um destes quadros (BABOR e cols, 1992; RIBEIRO, 2007).

2.1.2 Síndrome de dependência e uso de risco

O uso de risco de etílicos é o padrão de consumo de alcoólicos que aumenta o risco de consequências perigosas tanto para quem usa quanto para os que estão em volta (BABOR e cols., 1992).

O uso nocivo é “um padrão de uso de substância psicoativa que está causando dano à saúde. O dano pode ser físico ou mental” (Classificação internacional de doenças - CID-10, 1993, p.73).

A Síndrome de Dependência do Álcool (SDA) é um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância ou uma classe de substâncias alcança uma prioridade muito maior que outros comportamentos que antes tinham maior valor. Uma característica descritiva central da síndrome de dependência é o desejo (frequentemente forte, algumas vezes irresistível) de consumir a substância, às vezes descrito como ânsia e conhecido pelo termo *craving* (RIBEIRO, 2007); dificuldades de controlar o uso em termos de seu início, término ou níveis de consumo; persistência do uso do álcool apesar de já ter tido evidências de consequências negativas devido a este uso; aumento da tolerância ao álcool e uma reação de abstinência fisiológica quando o uso é interrompido (BABOR e cols., 1992).

As diretrizes diagnósticas da Organização Mundial de Saúde – Classificação Internacional de doenças 10ª revisão (CID-10, 1993) para a síndrome são:

- a) Um forte desejo ou compulsão para consumir a substância;
- b) Dificuldades em controlar o comportamento de consumo em termos de seu início, término ou níveis do consumo;
- c) Um estado de abstinência fisiológico quando o uso foi interrompido ou reduzido evidenciado por síndrome de abstinência característica para a substância ou o uso da mesma substância com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- d) Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
- e) Abandono progressivo de interesses em favor do uso da substância, aumento da quantidade de tempo necessária para obter ou usá-la ou para se recuperar de seus efeitos;

- f) Persistência no uso, a despeito de evidência clara de conseqüências manifestamente nocivas, tais como dano ao fígado, estados de humor depressivos ou comprometimento do funcionamento cognitivo;
- g) Estreitamento do repertório pessoal de padrões de uso: inicialmente, a pessoa bebe com flexibilidade de horários, quantidade e tipo de bebida, mas com o tempo, passa a beber mais frequentemente, em quantidades cada vez maiores e não importa se a ocasião é adequada.

2.1.3 Rastreamento e avaliação de uso de alcoólicos

Há um grande número de instrumentos psicométricos destinados ao rastreamento e avaliação do uso recente ou crônico de alcoólicos (ALLEN, 2003; CONNORS e VOLK, 2003; BERKS e McCORMICK, 2008). Procedimentos de avaliação diferem dos de rastreamento. Enquanto os primeiros identificam se há o problema, os segundos explicam a natureza e extensão do consumo de alcoólicos.

Por rastreamento, entende-se o uso de procedimentos empiricamente baseados – marcadores biológicos ou técnicas de autorrelato – para identificar pessoas que apresentam problemas ou conseqüências relacionadas ao uso de alcoólicos ou aqueles que estão em risco de tais dificuldades. Outro objetivo consiste em encaminhar para avaliações e intervenções subsequentes (ALLEN, 2003; CONNORS e VOLK, 2003).

A escolha de uma medida de rastreamento depende da população a ser estudada, do tempo disponível, do local e dos objetivos do rastreamento. Dentre os diversos instrumentos de rastreio do consumo de álcool, destacam-se o CAGE e o AUDIT pela facilidade e rapidez da aplicação e pontuação (CONNORS e VOLK, 2003).

O instrumento CAGE foi desenvolvido em 1968 por Ewing e Rouse em estudo clínico realizado em um hospital geral nos EUA com um grupo de 130 pacientes clínicos e cirúrgicos submetidos a uma extensa entrevista na qual responderam perguntas elaboradas para a detecção do alcoolismo. Depois de se avaliar o menor número possível de questões suficientes para separar alcoolistas de não alcoolistas concluiu-se pelo número definitivo de quatro questões colocadas em uma ordem para possibilitar o recurso mnemônico (CAGE = gaiola, prisão) que nomeou o questionário (EWING, 1984, RIBEIRO e cols., 2001).

Em estudo subsequente, concluiu-se que resultado positivo no CAGE é indicado por duas ou mais respostas afirmativas e evidenciaram sensibilidade e especificidade do CAGE em 81% e 89% respectivamente (MAYFIELD, McLEOLD e HALL, 1974; EWING, 1984; RIBEIRO e cols., 2001).

Masur e Monteiro publicaram, em 1983, uma versão em português do CAGE para utilização no Brasil, e demonstraram que a sensibilidade e especificidade do questionário traduzido mantiveram-se tão boa quanto o original em língua inglesa. Ainda que apresente limitações em sensibilidade e especificidade quando utilizado em atenção primária, o CAGE é um dos instrumentos de rastreamento de alcoolismo com adequado desempenho em nosso meio (RIBEIRO, RAMOS e MARTINS, 1995).

O AUDIT (*Alcohol use Disorders Identification Test*) resultou de um projeto colaborativo da Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolvido nos anos 80 com o propósito de detectar precocemente indivíduos em risco ou com transtornos em função do uso de álcool e possibilitar intervenções que possam prevenir os problemas relacionados ao seu uso (BABOR e cols., 1992). Outros objetivos foram determinar a prevalência do uso de risco e uso nocivo de álcool em diferentes contextos culturais; comparar este uso e suas consequências nas diversas culturas; analisar relações entre diferentes domínios conceituais de estudo (padrão de ingestão, problemas relacionados ao álcool, auto-percepção de um problema quanto ao beber, verificando a possibilidade de existir um padrão consistente independente da cultura de cada país) (SAUNDERS e cols., 1993a,b).

Desdobramentos do projeto colaborativo possibilitaram a construção de uma matriz para correlacionar os domínios mais relevantes; e com isso chegou-se aos quatro domínios conceituais e às 10 questões que compõem o chamado instrumento nuclear, que é o instrumento habitualmente conhecido como AUDIT, cujos domínios conceituais são:

- 1 – Consumo de álcool: questões de 1 a 3;
- 2 – Comportamento (dependência): questões 4 a 6;
- 3 – Reações psicológicas adversas: questões 7 e 8; e
- 4 – Problemas relacionados ao álcool: questões 9 e 10 (SAUNDERS e AASLAND, 1987).

Para o instrumento nuclear, as respostas às 10 questões recebem um valor entre zero e quatro, o que permite um máximo de 40 pontos. Os pontos de corte sugeridos para o AUDIT foram identificados por meio da Curva ROC.

Os resultados obtidos no estudo colaborativo indicaram que entre os alcoolistas, 99% obtiveram escore oito ou mais no AUDIT e 98% obtiveram dez ou mais pontos (SAUNDERS e cols., 1993a,b).

O estudo de confiabilidade teste-reteste do AUDIT não evidenciou diferenças significantes entre o teste e o re-teste realizado em um intervalo de uma a quatro semanas entre as entrevistas (SAUNDERS e AASLAND, 1987).

A criação do AUDIT foi importante por ser um instrumento válido para diferentes países e culturas, por representar várias unidades de cuidados de saúde e por seu foco, essencialmente, em problemas sub-clínicos (SAUNDERS e AASLAND, 1987).

Em relação às vantagens do uso do instrumento nuclear pode-se ressaltar que é um instrumento simples, leva poucos minutos para aplicação, pode ser “auto-administrado”, pode ser aplicado por um administrador com o mínimo de treinamento, rapidez na avaliação; pode ser usado tanto em grandes populações como para detectar um caso numa situação clínica, pode ser usado em uma consulta normal, pode ser adaptado para apresentação em microcomputador, pode ser tomada decisão de intervenção com o indivíduo ainda presente; sua sensibilidade e especificidade foram semelhantes nos diversos países em que o projeto colaborativo da OMS foi desenvolvido e todas as questões podem ser traduzidas e adaptadas para diversas línguas e países (SAUNDERS e AASLAND, 1987).

2.1.4 Consumo de alcoólicos e saúde

Há crescente evidência que padrões de beber são relevantes para a saúde bem como o volume de álcool consumido. Baixo a moderado consumo de álcool combinado com um padrão não *binge*, (não ingestão de grandes quantidades em uma única ocasião), pode ter uma relação benéfica com doença coronariana, entretanto quando consumido em grandes quantidades e por períodos prolongados, pode gerar problemas multi-sistêmicos com diferentes níveis de gravidade (GITLOW e SEIXAS, 1991; WHO, 2002).

Este tipo de consumo é responsável por aproximadamente 60 tipos de doenças e problemas (GITLOW e SEIXAS, 1991; WHO, 2002; RIBEIRO, 2008). Nos países em desenvolvimento, entre as 10 causas de morte na idade entre 10 e 59 anos, quatro estão ligadas a abuso de álcool – acidentes de trânsito, injúrias auto-infligidas, violência e cirrose hepática (PATEL, 2007). Mundialmente o álcool causa 3,2% de mortes (1,8 milhões) e 4% (58,3 milhões) de DALYs (número de dias vividos com a incapacidade) . Esse *burden* inclui

transtornos físicos, mentais e problemas sociais. Dentro de sub-regiões, a proporção de *burden* de doenças atribuíveis ao álcool é maior nas Américas e Europa, onde varia de 8% a 18% do total de *burden* para homens e 2% a 4% para mulheres. Junto com os efeitos diretos da intoxicação, o álcool é estimado causar entre 20 a 30% dos seguintes problemas de saúde ao redor do mundo: câncer de esôfago, câncer no fígado, cirrose hepática, homicídio, epilepsia e acidentes de trânsito (GITLOW e SEIXAS, 1991; WHO, 2002).

O efeito físico mais proeminente no fígado da ingestão de altas doses de álcool é a infiltração gordurosa (esteatose hepática) manifestada por aumento do fígado (hepatomegalia), funções hepáticas perturbadas e, raramente, leve icterícia. Menos comum é a hepatite alcoólica caracterizada por icterícia, febre, leucocitose e algumas vezes, alteração na consistência do fígado, quadro que pode evoluir para cirrose hepática. Grande parte dos casos de pancreatite é ocasionada pela ingestão excessiva e prolongada de álcool caracterizada por dor epigástrica severa. Os casos mais graves evoluem com náuseas, vômitos, febre e choque. Os efeitos do álcool no trato gastrointestinal são: frequência aumentada de refluxo esofágico e azia; gastrite aguda, erosões gástricas superficiais, hemorragias e duodenite crônica (GITLOW e SEIXAS, 1991).

O consumo crônico de álcool em grande quantidade tem um efeito tóxico direto no sistema cardiovascular com potencial de ocasionar miocardiopatias. Afeta o sistema nervoso por meio da deficiência de tiamina, insuficiência hepática ou alterações em estruturas cerebrais (GITLOW e SEIXAS, 1991).

Os transtornos por abuso de álcool por si só são um problema de saúde mental e, ao lado dos transtornos depressivos e ansiosos, são os transtornos mentais que mais acometem a população mundial (WHO, 2001; WHO, 2002; PATEL, 2007).

2.2 Personalidade

A palavra personalidade é derivada do latim “*persona*” que significa a máscara de um ator. Essa derivação, inicialmente remeteu ao significado de desempenho de papel social, evoluindo até as definições atuais que sugerem padrões consistentes de comportamento, qualidades internas pessoais e condições ambientais que possam influenciar tais padrões de comportamento. Assim, as definições de personalidade apontam tanto para regularidades quanto para variabilidades (LLERA, 1993; PERVIN e JOHN, 2004; FRIEDMAN e SCHUSTACK, 2004).

A definição de personalidade varia de acordo com a teoria escolhida (HALL, LINDZEY e CAMPBELL, 2000; SAUCIER e SIMONDS, 2006), mas de um modo geral, pode ser definida como: a) conjunto de atributos ou características que explicam padrões mais ou menos consistentes de sentimentos, pensamentos, e comportamentos (PERVIN e JOHN, 2004); b) conjunto de características pessoais de maior influência genética e menor influência do ambiente – descritas como temperamento; e de características adquiridas por maior influência do ambiente durante as etapas do desenvolvimento humano e menor influência da genética, descritas como caráter (VOLPI, 2004; FRIEDMAN e SCHUSTACK, 2004; SAUCIER e SIMONDS, 2006).

Para a formação da personalidade estão incluídos elementos geneticamente herdados como também os adquiridos do ambiente. Fatores genéticos são, de modo geral, mais importantes na determinação de características mais estáveis da personalidade e menos importantes com relação a valores, ideias e crenças, fatores mais ligados ao ambiente (NATRIELLE-FILHO, 2002; PERVIN e JOHN, 2004; VOLPI, 2004).

Os fatores ambientais se referem à cultura, classe social, família e grupo de pares. Padrões culturais de comportamento, rituais e crenças têm um grande impacto na forma como as pessoas vivenciam suas emoções e como as expressam; na visão de mundo; na maneira de satisfação de suas necessidades; no relacionamento com outras pessoas e como lidam com a vida e a morte (FRIEDMAN, 2000; PERVIN e JOHN, 2004).

Historicamente, se acompanhou um debate a respeito da importância dos genes e do ambiente no desenvolvimento da personalidade; atualmente há um consenso de que os genes e o ambiente estão sempre interagindo entre si. Assim, a questão é entender o processo de desenvolvimento da personalidade como resultado dessas interações. A título de síntese, a personalidade é determinada por muitos fatores que interagem entre si, incluindo forças genéticas e socioculturais. A hereditariedade estabelece os limites na amplitude de desenvolvimento de características e proporciona talentos que uma cultura pode ou não recompensar e cultivar (FRIEDMAN, 2000; PERVIN e JOHN, 2004; FRIEDMAN e SCHUSTACK, 2004).

A palavra temperamento origina-se do latim – *temperamentum* = medida. Representa a peculiaridade e intensidade individual dos afetos e da estrutura dominante de humor e motivação. Os seguintes pontos de vista são adotados sobre o temperamento (Volpi, 2004; Saucier e Simonds, 2006):

a) Combinação determinada e constante das peculiaridades psicodinâmicas do indivíduo que se revelam por meio de suas atividades e comportamento, compondo a sua base orgânica e;

b) Fenômeno específico da natureza emocional da pessoa que inclui a sua sensibilidade aos estímulos, intensidade e rapidez de respostas e várias outras particularidades, todas ligadas à hereditariedade.

Assim, temperamento pode ser definido como uma disposição inata e particular de cada indivíduo, pronta a reagir a estímulos ambientais. Apesar de geneticamente herdado pode ser modulado em suas características pelo caráter (CLONINGER, 1993; CLONINGER, 1994; HALL, LINDSEY e CAMPBELL, 2000; VOLPI, 2004; SAUCIER e SIMONDS, 2006).

O conceito de caráter surgiu do campo da filosofia e tornou-se objeto de investigação científica. O termo origina-se do latim ‘*charakter*’ significando sinal, marca, instrumento que grava. O termo aplicado à personalidade denota aspectos que foram inscritos no psiquismo de cada indivíduo durante o seu desenvolvimento. O caráter é o conjunto de reações e hábitos de comportamentos que são adquiridos ao longo da vida e que especificam a individualidade. Em outras palavras, o caráter é a maneira com que o indivíduo se mostra ao mundo com seus valores, crenças pessoais e culturais (CLONINGER, SYRAKIC e PRZYBECK, 1993; CLONINGER, 1994; HALL, LINDSEY e CAMPBELL, 2000; VOLPI, 2004).

2.2.1 Teorias e instrumentos de avaliação da personalidade

Uma teoria da personalidade para ser completa deve contemplar cinco áreas: estrutura da personalidade (aspectos mais estáveis e duradouros), processo (aspectos dinâmicos da personalidade, incluindo os motivos), crescimento e desenvolvimento, psicopatologia, e mudança (HALL, LINDSEY e CAMPBELL, 2000; WROSCHE e SCHEIER, 2003; PERVIN e JOHN, 2004).

Existem diferentes teorias que buscam definir e explicar a personalidade, seu funcionamento, constituição, e desenvolvimento. Essas teorias divergem ou abordam de maneira diferenciada questões como: visão filosófica da pessoa, nível de importância atribuído aos determinantes internos e externos, consistência da personalidade em diferentes situações e ao longo do tempo, dentre outras questões. Mas, todos os teóricos da personalidade reconhecem a existência de uma consistência e variabilidade no comportamento individual, sendo a tarefa necessária a de explicação do padrão de

estabilidade e mudança que caracteriza as pessoas (WROSCH e SCHEIER, 2003; PERVIN e JOHN, 2004; FRIEDMAN e SCHUSTACK, 2004).

Há diversos instrumentos de medida da personalidade, na mesma proporção das teorias que os fundamentam. São normalmente, testes e questionários, cuja vantagem é fornecer uma grande quantidade de informações sobre vários sujeitos ao mesmo tempo. Críticos apontam limitações potenciais dos questionários, sendo a principal delas o problema comum dos instrumentos de autorrelato com relação à confiabilidade e validade. Entretanto, defensores alegam que esse problema pode ser eliminado através do cuidado na construção e interpretação dos testes e questionários. São criados itens no sentido de eliminar os efeitos de tendenciosidades nas respostas, tais como aquiescência (tendência a concordar independente do conteúdo), e desejabilidade social, ou seja, a tendência a dar respostas consideradas socialmente desejáveis; e itens ou escalas para medir se os sujeitos estão mentindo (PERVIN e JOHN, 2004; FRIEDMAN e SCHUSTACK, 2004).

A seguir, serão apresentados de forma sintética, alguns conceitos relativos às teorias da personalidade que fundamentam ou se relacionam com os instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida, da Personalidade, e Religiosidade utilizados neste estudo.

2.2.2 Conceitos motivacionais relativos a teorias da personalidade que fundamentam os instrumentos utilizados na pesquisa

Tanto o modelo de Personalidade de Cloninger, quanto o modelo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), que fundamentou a construção do WHOQOL-BREF, utilizam-se de três categorias relacionadas à teoria motivacional, as três principais categorias seriam:

a) Motivos de prazer ou hedônicos: enfatizam a busca do prazer e evitação da dor. Apresentam duas variantes importantes:

a.1) Modelo da redução da tensão: necessidades psicológicas criam tensões que o indivíduo tenta reduzir satisfazendo essas necessidades.

a.2) Modelo do incentivo: ênfase nas finalidades, nos objetivos que o indivíduo busca alcançar. Embora a ênfase seja no objetivo e não em um estado interno de tensão, a busca pelo prazer permanece existindo, sendo o prazer associado, nesse caso, à realização do objetivo.

b) Motivos de crescimento ou auto-realização: enfatizam esforços pessoais para atingir o crescimento e realizar potencialidades, ainda que com maior tensão.

c) **Motivos cognitivos:** ênfase nos esforços individuais para compreensão das experiências. De acordo com as teorias cognitivas da motivação, o indivíduo tem necessidade de consistência ou necessidade de saber. Neste caso, a ênfase é na previsibilidade e na consistência, mesmo que o preço seja a dor e o desconforto. Assim, é sugerido que os indivíduos, por vezes, podem preferir uma situação desconfortável se esta torna o mundo mais estável e previsível.

Teóricos da personalidade tendem a enfatizar um ou outro modelo da motivação em suas teorias. Mas, talvez, as pessoas sejam capazes de vários tipos de motivação, às vezes buscando o prazer na forma de redução da tensão ou na realização de um objetivo, às vezes procurando a auto-realização e ainda, por vezes, tentando alcançar a consistência e a previsibilidade cognitiva (HALL, LINDSEY e CAMPBELL, 2000; PERVIN e JOHN, 2004; FRIEDMAN e SCHUSTACK, 2004).

2.2.3 *Coping*

Não somente a Escala de *Coping* Religioso-Espiritual, mas de forma não tão evidente, tanto o modelo de Personalidade de Cloninger quanto o modelo de Qualidade de Vida da OMS, recorrem a conceitos relativos às estratégias de enfrentamento das situações de vida consideradas mais ou menos estressantes por cada indivíduo.

Por si só, o estresse não é suficiente para causar sofrimento e disfunção: é necessário considerá-lo frente à forma como as pessoas o manejam (PARGAMENT e HAHN, 1986; PARGAMENT e cols., 1988, 1990, 1992; McINTOSH e SPILKA, 1990; PARGAMENT e PARK, 1995). Assim, *coping* é um conceito importante para entender a adaptação e desajustes no processo de adaptação individual.

Coping é entendido como o conjunto de estratégias usadas pelos indivíduos para se adaptarem a circunstâncias adversas ou de estresse. É um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais usados pelas pessoas para lidar com demandas internas ou externas que surgem em situações consideradas estressantes e avaliadas como sobrecarga, excedendo os recursos pessoais (FOLKMAN e LAZARUS, 1980; (ANTONIAZZI, DELL'AGLIO e BANDEIRA, 1998).

De acordo com o modelo de *coping* de Folkman e Lazarus (1980), sua função é reduzir, minimizar ou tolerar a situação de estresse, muito mais do que controlá-la ou dominá-la. Conforme a avaliação do sujeito do fenômeno estressante, este empregará estratégias de

coping, que podem ser ações, comportamentos ou pensamentos para lidar com o agente estressor (FOLKMAN e cols., 1986).

O *coping* pode ser classificado de acordo com a sua função em: focado na emoção e focado no problema. *Coping* focado na emoção é definido como um esforço voltado para a regulação da resposta emocional que está associada ao estressor ou que resulta deste. Tem como função reduzir a sensação desagradável do estado de estresse através da modificação do estado emocional. Inclui reavaliações cognitivas que podem modificar o significado de uma situação ou levar a uma reavaliação cognitiva que proporcione mudanças através de estratégias comportamentais (FOLKMAN e LAZARUS, 1980; LAZARUS e FOLKMAN, 1984).

As estratégias de *coping* focadas no problema são esforços direcionados para a sua compreensão, busca de soluções alternativas, balanço do custo e benefício dessas alternativas, escolha entre elas e ação sobre o problema. Sua função é atuar na origem do estresse, tentando modificar a relação entre o indivíduo e o ambiente. A estratégia focada no problema pode ser interna (redefinição do estressor e estratégias dirigidas a modificações cognitivas ou motivacionais) ou externa (ações práticas para a solução que implicam em processos de análise objetiva do ambiente) (FOLKMAN e LAZARUS, 1980; LAZARUS e FOLKMAN, 1984).

2.2.4 A teoria psicológica da personalidade de Cloninger e o TCI

Dentre os diversos modelos teóricos que visam compreender a organização da personalidade, Fuentes e cols. (2000) pontuam que grande parte têm priorizado ou aspectos biológicos ou psicológicos separadamente, e que são poucas as abordagens que integram os aspectos psicobiológicos da personalidade e, dentre essas, destacam a teoria de Cloninger, elaborada em 1986.

O modelo psicobiológico de personalidade de Cloninger foi elaborado a partir de informações obtidas em estudos genéticos, com gêmeos humanos, e filogenéticos (etológicos) sobre o temperamento; estudos neurobiológicos sobre a organização das funções das redes cerebrais que regulam o condicionamento clássico em animais, estudos sobre o desenvolvimento cognitivo e social, e de descrições do desenvolvimento da personalidade originados da psicologia humanística e trans-pessoal (CLONINGER, 1987; CLONINGER, SYRAKIC e PRZYBECK, 1993).

O modelo baseia-se na divisão da personalidade em dois componentes: temperamento e caráter. Temperamento, na teoria de Cloninger, é definido como as diferenças na qualidade da resposta emocional e de aprendizado de um indivíduo, que surgem precocemente na vida, permanecem razoavelmente estáveis, são mais herdadas do que influenciadas pelo ambiente e baseiam-se mais em processos biológicos do que sociais. O caráter pode ser definido principalmente por conceitos internalizados sobre o mundo e é moderadamente influenciado pelo aprendizado social, pela cultura e eventos vitais, e menos influenciados pela genética. (CLONINGER, SYRAKIC e PRZYBECK, 1993; FUENTES e cols., 2000; NATRIELLI-FILHO, 2002).

Inicialmente, Cloninger propunha a existência de três dimensões independentes de temperamento: busca de novidades, esquiva ao dano e dependência de gratificação, e com a finalidade de avaliar seu modelo de personalidade, Cloninger e cols. desenvolveram e validaram o Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ), um questionário de auto-preenchimento composto por 100 ítems (CLONINGER, 1987; GOLDMAN e cols., 1994).

Mas, esse modelo fundamentado apenas no temperamento, ou seja, nas características mais hereditárias da personalidade, não mostrou ser um bom preditor da presença ou ausência de transtornos de personalidade; o que indicou a necessidade de ser revisto. Assim, esperando identificar um fator de vulnerabilidade aos transtornos de personalidade, foram incluídos ao modelo original, três outros fatores que são as dimensões de caráter (auto-direcionamento, cooperatividade e auto-transcendência), e também foi acrescentada mais uma dimensão ao temperamento: a dimensão persistência (CLONINGER, SYRAKIC e PRZYBECK, 1993).

O modelo refeito propôs a existência de sete dimensões de personalidade, sendo quatro de temperamento e três de caráter, embasando o *Temperament and Character Inventory* (TCI). Concebeu o desenvolvimento da personalidade como um processo epigenético interativo, em que os fatores de temperamento inicialmente motivam o desenvolvimento do caráter que, por sua vez, promove mudanças no significado e saliência dos estímulos percebidos e respondidos. Assim, o temperamento e o caráter interagem entre si, colaborando no desenvolvimento um do outro (MULDER e cols., 1996).

O TCI foi construído como uma família de instrumentos para avaliar as sete dimensões da personalidade do modelo de Cloninger. Ela comporta diferentes formatos que incluem tanto o autorrelato como entrevistas e também a serem aplicados em diferentes grupos etários. Tem uma ampla aplicação e foi desenvolvido para apontar para diferenças de padrões de comportamento normal e desviante. As escalas de caráter foram construídas para identificar se uma pessoa tem qualquer transtorno de personalidade, e as escalas do

temperamento identificam subtipos categóricos bem como os tipos de temperamento normal. O TCI também auxilia na avaliação de comorbidade psicopatológica: diferenças nos perfis do TCI estão relacionados com síndromes psicopatológicas – transtornos de ansiedade, humor, alimentares e abuso de substâncias. Diferentes respostas a drogas psicoativas, incluindo anti-depressivos e ansiolíticos foram fortemente relacionados a variáveis do temperamento. As escalas do caráter têm grande utilidade no desenvolvimento de métodos psicoterapêuticos e são utilizadas em estudos de psicoterapias (CLONINGER, 1987; CLONINGER e SYRAKIC e PRZYBECK, 1993; MULDER e cols., 1996):

O TCI apresenta cinco escalas de validade como indicadores de confiabilidade e validade do questionário, quais são: escala de raridade (relacionada à deseabilidade social), *rims* (relacionada ao número de respostas consecutivas verdadeiras ou falsas), número de respostas marcadas como verdadeiras (relação com aquiescência), escalas *like* e *unlike* (relacionada com consistência nas respostas) (CLONINGER, 1987; CLONINGER, SYRAKIC e PRZYBECK, 1993; MULDER e cols., 1996).

Definindo as escalas de temperamento e caráter do TCI, Cloninger (1987); Cloninger, Syrakic e Przybeck (1993); Mulder e cols. (1996), destacam:

Busca de novidades é a tendência a ativação e iniciação de comportamentos por estímulos novos e suscetibilidade comportamental a estímulos do ambiente.

Esquiva ao dano é definida como a tendência a inibir ou cessar comportamentos perante estímulos aversivos com a finalidade de evitar punição.

Dependência de gratificação é a tendência a responder intensamente a sinais de recompensa, visando obter prêmios.

Persistência é descrita como a tendência a persistir em responder de determinada forma, a despeito de reforços intermitentes.

Auto-direcionamento é o conceito de si como indivíduo autônomo e desse auto-conceito são derivados sentimentos de integridade pessoal, honra, auto-estima, efetividade, liderança.

Cooperatividade é a identificação de si como parte integrante da sociedade e da humanidade e, desse auto-conceito, são derivados sentimentos de comunidade, compaixão, consciência e caridade.

Auto-transcendência é definida como a identificação de si como parte integrante da unidade de todas as coisas, do universo e suas fontes e, desse auto-conceito, são derivados sentimentos de participação mística, fé religiosa, paciência e igualdade incondicional.

As escalas das dimensões do TCI, com exceção da escala de persistência, são constituídas pelas subescalas relacionadas abaixo. Altas e baixas pontuações nas dimensões do caráter e temperamento também estão descritas nos Quadros 1 e 2:

Quadro 1 - Descritores do Temperamento – TCI

Temperamento – escalas e subescalas	Altos escores	Baixos escores
Esquiva ao dano (ED) Sub-escalas preocupação antecipatória x otimismo; medo da incerteza x confiança; timidez x sociabilidade; fadigabilidade x astenia e vigor	Preocupado Pessimista Medroso e inseguro Tímido e cansado	Relaxado e Otimista Corajoso e confiante Dinâmico Vigoroso
Busca de novidade (BN) Sub-escalas Excitabilidade exploratória x rigidez; impulsividade x reflexão; extravagância x reserva; desorganização x organização	Exploratório Curioso Extravagante Entusiasmado Impulsivo Desordenado	Indiferente Reflexivo Reservado Ordenado Controlado
Dependência de recompensa (DR) Sub-escalas Responsabilidade x atribuição de culpa a outros; determinação x metas não objetivas; desembaraço x apatia; auto-aceitação x auto-recusa	Sentimental Caloroso Dedicado e apegado Dependente	Prático e frio Isolado Desapegado Independente
Persistência (P)	Laborioso/ diligente Trabalhador Ambicioso Perseverante Perfeccionista	Inativo e indolente Desiste facilmente Modesto Pragmático

Fonte: CLONINGER e cols., 1994a.

Quadro 2 - Descritores do Caráter – TCI

Caráter – escalas e subescalas	Altos escores	Baixos escores
Auto-direcionamento (AD) Subescalas: Responsabilidade x atribuição de culpa a outros; desembaraço x apatia; determinação x metas não objetivas; auto-aceitação x auto-recusa; segunda natureza congruente	Maduro e forte Responsável e Confiável Propositado Diligente e efetivo Auto-aceitação Hábitos congruentes com objetivos a longo prazo	Imaturo e frágil Culpando outros Não confiável Não propositado Inerte e inefetivo Auto-recusa Hábitos incongruentes com objetivos a longo prazo
Cooperatividade (C) Subescalas: Aceitação social x intolerância; utilidade x inutilidade; generosidade x egoísmo; empatia x desinteresse social; compaixão x vingança	Tolerante Empático Prestativo Compassivo, Construtivo Ético	Intolerante Crítico Não prestativo Vingativo Destrutivo Oportunista
Auto-transcendência (AT) Subescalas: Altruísmo x autoconsciência; aceitação espiritual x materialismo; identificação transpessoal	Sábio e paciente Criativo e distraído Unido com o universo	Impaciente Não criativo Tímido Orgulhoso

Fonte: CLONINGER e cols., 1994a.

As escalas de caráter incluídas no modelo final do TCI possibilitaram a avaliação da adaptação das características temperamentais, mostrando que pessoas com perfis de personalidade incomuns podem ou não desenvolver um transtorno de personalidade, dependendo de sua conformação de caráter, ou seja, as experiências de aprendizagem ao longo do ciclo vital são determinantes da adaptação dos traços mais salientes do temperamento. O caráter determina se o comportamento é mal-adaptativo e imaturo e o temperamento o estilo ou padrão de defesas imaturas. Indivíduos mais baixos em auto-direcionamento e cooperatividade são esperados ser imaturos e não cooperativos (SVRAKIC e cols., 1993).

A interpretação dos escores do TCI, em amostra clínica e em indivíduos normais, foi baseada nos escores obtidos em uma amostra comunitária de 300 adultos. Escores brutos e T-escores de cada escala e subescala do TCI correspondem a percentis escores. Assim, para propósito de avaliação clínica, os indivíduos podem ser classificados em cinco grupos usando os seguintes pontos de corte: percentis na faixa de 0-16,7% correspondem a uma classificação “muito baixa”, 17-33% “baixa”; 34-66,7% “média”; 67-83,3% “alta” e 84-100% a “muito alta” (CLONINGER e cols., 1994).

Dados normativos e correlatos demográficos para a população americana foram obtidos nessa amostra de 300 adultos, na idade entre 18 a 91 anos (150 homens e 150 mulheres, brancos e negros). Também foram realizados estudos em amostras de estudantes e de pacientes psiquiátricos internados e em tratamento ambulatorial. Os sujeitos foram divididos em grupos nas faixas etárias de 18-25 anos ($n = 86$); 26-49 anos ($n = 181$); 50-91 anos ($n = 33$). Escores nas escalas de busca de novidades e esquivas ao dano (temperamento) diminuíram com o aumento da idade, enquanto escores em dependência de recompensa (temperamento) aumentaram à medida que aumentava a faixa etária. Não houve diferença na escala de persistência em relação à faixa etária. Escores em auto-direcionamento e cooperatividade (caráter) aumentaram com o aumento da idade (correlação forte: $r = 0,30$ e $0,35$; $p < 0,0001$). Na escala de auto-transcendência, os escores nas faixas etárias extremas (18-25 e 50-91 anos) foram respectivamente: $20,1 \pm 6,1$ e $20,2 \pm 6,9$. A faixa etária intermediária (26-49 anos) obteve escores menores ($18,7 \pm 6,3$) (CLONINGER e cols., 1994).

As mulheres apresentaram escores mais altos em dependência de recompensa e, os homens, obtiveram escores mais altos em busca de novidades. As mulheres pontuaram mais alto na escala de cooperatividade e na sub-escala de aceitação espiritual. Não houve diferença entre os sexos em relação aos escores nas escalas de auto-direcionamento e sub-escalas de auto-transcendência (CLONINGER e cols., 1994).

Para Cloninger e cols (1994), as variáveis sociodemográficas de interesse para a análise da personalidade são idade e sexo.

No Brasil, o TCI foi traduzido e adaptado para o português, e um estudo foi realizado para avaliar a validade e confiabilidade dessa versão. As duas versões (português e inglês) foram preenchidas por 25 pessoas bilíngües na cidade de São Paulo. Doze pessoas responderam a versão em inglês e 13 a versão em português com duas aplicações em intervalo de 30 dias. Os índices de concordância entre as versões foram avaliados pelo coeficiente Kappa para cada questão e pelo coeficiente de correlação intraclassa para as escalas e suas respectivas sub-escalas. A consistência interna foi avaliada pelo coeficiente α de Cronbach comparando o coeficiente de correlação de cada questão com seu subfator e de cada subfator com seu respectivo fator (FUENTES e cols., 2000).

Índices de concordância das respostas às versões - inglês e traduzida foram elevados. Das 240 questões, 235 apresentaram coeficiente Kappa entre moderado e quase perfeito (de 0,4 a 1). Os valores do coeficiente α da versão traduzida foram semelhantes aos valores norte-americanos de referência. Auto-transcendência teve sua consistência interna melhorada pelo

processo de tradução e adaptação comparada aos valores normativos (FUENTES e cols., 2000).

2.3 Qualidade de vida

Embora a maioria das pessoas aceite que qualidade de vida existe como um conceito prontamente entendido, é um complexo e multifacetado conceito que tem, ao longo do tempo, desafiado uma definição consensual (Gladis e cols., 1999), um exemplo do que é algumas vezes chamado de “construto latente” (FAYERS, 1997). A complexidade da compreensão da qualidade de vida se vincula a interpretações diferentes não adequadamente definidas pelos autores que, frequentemente, apenas medem conceitos relacionados (HAAS, 1999).

A qualidade de vida é uma forma de percepção do indivíduo muitas vezes descrita pelos autores como satisfação com a vida ou bem-estar (CALMAN, 1984; FAYERS, 1997; HAAS, 1999; GLADIS e cols., 1999; MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000; PAIS-RIBEIRO, 2004; FLECK, 2008). A percepção da qualidade de vida resulta de uma avaliação das atuais circunstâncias de vida de um indivíduo no contexto de seus valores e cultura. Inclui dimensões físicas, psicológicas, sociais, e espirituais (HAAS, 1999) e tem sido aproximada ao grau de satisfação na vida familiar, social e ambiental e à própria estética existencial. Observa-se também que valores não materiais, como amor, liberdade, solidariedade, inserção social, realização pessoal e felicidade, compõem esta percepção (MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000).

Para Chatterji e Bickenbach (2008), o conceito de qualidade de vida deve se restringir à satisfação com um conjunto de domínios específicos considerados os mais importantes pelas pessoas em geral — e que incluem saúde, relações pessoais, capacidade de realizar tarefas cotidianas, condições de vida e, talvez, a segurança financeira.

A revisão da literatura realizada por Chatterji e Bickenbach (2008) indicou que a qualidade de vida é pensada em pelo menos seis maneiras diferentes:

a) Qualidade de vida como oposto a quantidade de vida, isto é, duração da vida ou longevidade. Embora a longevidade faça parte da avaliação da condição de saúde do indivíduo ou população, não abarca todos os aspectos. É preciso ter uma medida da qualidade ou do nível experimentado de saúde durante o tempo de vida, medido em termos da diminuição da capacidade ou em termos de incapacidade.

b) Qualidade de vida como sinônimo da experiência geral de um indivíduo, medida como a combinação das reais condições de vida (pobreza, segurança, acesso a oportunidades) com a participação efetiva na vida, execução de ações, tarefas e comportamentos.

c) Qualidade de vida como a satisfação do sujeito com todos os aspectos da vida, inclusive a saúde: intimamente relacionada com o conceito de bem-estar.

d) Qualidade de vida como a importância dada pelo sujeito aos diferentes domínios de sua vida, incluindo a saúde: serviu de embasamento para inúmeros instrumentos de mensuração da qualidade de vida.

e) Qualidade de vida como felicidade ou bem-estar, compreendida sob um ponto de vista objetivo através da medida de domínios considerados importantes para o indivíduo (saúde, renda, segurança, oportunidades) ou como uma compreensão subjetiva (estados mentais positivos).

f) Qualidade de vida como uma combinação das conceituações acima.

2.3.1 Modelos teóricos de qualidade de vida

Diversos modelos teóricos foram desenvolvidos para buscar fundamentar um construto de qualidade de vida; dentre eles, pode-se referir o Modelo Funcionalista e o Modelo da Satisfação.

a) Modelo Funcionalista

Nesse modelo, para ter uma boa qualidade de vida, o indivíduo deve estar “funcionando” bem, ou seja, desempenhando de modo satisfatório seu papel social e as funções que valoriza. Nesse modelo, as pessoas que apresentam algum tipo de deficiência tenderiam a ter uma pior qualidade de vida, partindo do pressuposto que a deficiência traria algum tipo de limitação que impediria o desempenho do papel social e de atividades da vida cotidiana. A doença ou deficiência passa, então, a ser um problema na medida em que interfere no cumprimento desses papéis e, de forma implícita, a saúde é considerada o maior valor da existência. O termo “qualidade de vida relacionada à saúde” serviu de base para agrupar diversos instrumentos de base teórica funcionalista (MCKENNA e WHALLEY, 1998).

Existem muitas críticas em relação ao modelo funcionalista, com questionamentos se ele seria realmente adequado para avaliar a qualidade de vida, tendo em vista o “paradoxo da deficiência” proposto por Albrecht e Devlieger na década de 90 (FLECK, 2008).

Albrecht e Devlieger (1999) se referiram ao “paradoxo da deficiência”, ressaltando, por meio de metodologia qualitativa, que pessoas com deficiências graves e persistentes podem considerar ter uma boa ou até mesmo excelente qualidade de vida, ainda que observadores externos avaliem o contrário. Para algumas pessoas, a deficiência parece ter tido a função de reorientar a vida. Nesses casos, a percepção de uma boa qualidade de vida adviria do fato de esses sujeitos estarem convivendo de modo satisfatório com as limitações impostas pela doença (PATRICK, 2003).

A explicação do paradoxo resultou em um corpo teórico que resume e organiza os conceitos, relações e fatores que as pessoas com inaptidões dizem influenciar a sua qualidade de vida para melhor ou para pior. O conceito central no corpo teórico tem a ver com estabelecimento e manutenção de um senso de equilíbrio entre o corpo, mente e espírito e com o contexto social do indivíduo e ambiente. Algumas pessoas com inaptidões podem ser capazes de produzir e manter o seu equilíbrio e, portanto, avaliarem ter uma boa qualidade de vida enquanto outras podem não ter a mesma percepção em função de suas condições de saúde, recursos limitados, falta de conhecimento ou constrangimentos ambientais. Aqueles que avaliam ter uma boa qualidade de vida parecem obter controle e entendimento de suas condições, introduzem ordem e previsibilidade em suas vidas, aprendendo a fixar metas. Além disso, desenvolvem ou elaboram um conjunto de valores que os ajuda a dar sentido à suas inaptidões, conservam energia e buscam recursos externos para administrarem melhor as suas vidas (ALBRECHT e DEVLIEGER, 1999).

a) Modelo da satisfação

Desenvolvido a partir das abordagens sociológicas e psicológicas de “felicidade” e “bem-estar” (DIENER, 1984), a partir das críticas ao modelo funcionalista.

No modelo da satisfação, a qualidade de vida tem relação direta com a satisfação com diversos domínios de vida definidos como importantes pelo próprio sujeito. Sentir satisfação é uma experiência muito subjetiva e está bastante associada ao nível de expectativa, o que significa dizer que um indivíduo pode estar satisfeito com níveis diferentes de aquisições. Neste sentido, a qualidade de vida é definida como o “hiato entre expectativas e realizações” (CALMAN, 1984).

Como corolário dessa compreensão decorre que um sujeito pode atingir um bom nível de qualidade de vida através do aumento de suas realizações ou através da diminuição de suas expectativas. Aquele que busca a realização de seus objetivos sente a satisfação com o

sucesso, e aquele que reduziu suas expectativas sente a satisfação da resignação. Nas duas situações ambos estão satisfeitos, apesar de que qualitativamente, as experiências de sucesso e resignação sejam afetivamente bem diferentes. (CAMPBELL, CONVERSE e RODGERS, 1976; CALMAN, 1984).

Fleck (2008) considera que existem situações em que a única opção de escolha do indivíduo é realmente a resignação, e que é muito provável que também a estrutura de personalidade e a cultura sejam determinantes importantes na decisão de aumentar as realizações ou diminuir as expectativas (FLECK, 2008).

2.3.2 Instrumentos de medida de qualidade de vida

Do ponto de vista científico, o desenvolvimento de instrumentos de medida da qualidade de vida — que a aborde em sua multidimensionalidade, para além dos tradicionais e insuficientes parâmetros de mortalidade e morbidade — tornou-se uma crescente preocupação (WHO, 1996).

De acordo com o modelo teórico que o fundamenta, um instrumento de medida da qualidade de vida pode avaliar a capacidade funcional, o estado de saúde, o bem-estar psicológico, as redes de apoio social, a satisfação e o estado de ânimo (MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000).

Em relação a seu campo de aplicação, os instrumentos de qualidade de vida podem ser classificados como genéricos — voltados a estudos de base populacional — ou podem ser considerados específicos — quando enfocam situações relativas à experiência de doenças, agravos ou intervenções médicas. (MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000).

Medir a qualidade de vida relacionada à saúde é quantificar o impacto da condição clínica e tratamento nos aspectos mais amplos da vida do paciente, indo além dos indicadores clínicos comumente usados (MCKENNA e WHALLE, 1998).

Uma medida de qualidade de vida deve envolver os seus vários domínios, dimensões e facetas, e a escolha do instrumento de medida depende da natureza da avaliação: geral ou específica (WHOQOL GROUP, 1998; PAIS-RIBEIRO, 2004).

Apesar dos instrumentos disponíveis para aferição da qualidade de vida constituírem-se em medidas fidedignas para condição funcional, sintomatologia e impacto das doenças, não abrangiam de forma adequada o construto qualidade de vida em toda a sua amplitude. Além disso, a maioria dos instrumentos existentes para aferição do estado de saúde ou de impacto

das doenças foi desenvolvido nos Estados Unidos ou Reino Unido, o que trazia várias limitações quanto ao seu uso em outros países: diferenças culturais e de valores, falta de similaridade semântica de determinados termos, e processos insatisfatórios de tradução. Acrescenta-se a constatação de que o processo de adaptação de instrumentos gerados por um só centro traz consigo limitações para a comparação trans-cultural dos resultados obtidos em diferentes culturas (WHOQOL GROUP, 1995, 1998; WHO, 1996; MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000; CHACHAMOVICH e FLECK, 2008).

Por esses motivos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) se propôs a desenvolver um instrumento de medida da qualidade de vida que não se restringisse a apenas alguns aspectos do construto e que fosse possível de ser utilizado transculturalmente. Para a sua construção foi constituído pela OMS no ano de 1993, o Grupo de Qualidade de Vida (THE WHOQOL GROUP) que utilizou uma metodologia genuinamente trans-cultural no desenvolvimento das escalas WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF, testada em 15 centros ao redor do mundo (WHOQOL GROUP, 1995, 1998; WHO, 1996; MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000; CHACHAMOVICH e FLECK, 2008).

Como qualidade de vida representa um construto sobre o qual não há consenso na literatura, o primeiro passo de um instrumento que se proponha a aferir tal aspecto é explicitar, *a priori*, qual é a definição de qualidade de vida que será adotada, o que consequentemente norteará a construção do instrumento (CHACHAMOVICH e FLECK, 2008).

O grupo WHOQOL definiu qualidade de vida como a percepção da pessoa de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores em que vive e em relação a expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP, 1995).

Assim, o conceito de qualidade de vida é bastante amplo incorporando de forma complexa, a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com os aspectos significativos do ambiente (WHOQOL GROUP, 1995, 1998).

Nesse conceito, estão implícitos três aspectos fundamentais (FLECK, 2008):

- a) Autopercepção;
- b) Multi-dimensionalidade: qualidade de vida composta por várias dimensões, o que tem uma consequência métrica importante (não é desejável que um instrumento que mensure a qualidade de vida tenha um único escore e sim que a sua medida seja realizada por meio de escores em vários domínios);
- c) Presença de dimensões positivas e negativas.

No Brasil, os testes de campo do WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF foram realizados na cidade de Porto Alegre por Fleck e cols. (2000). O WHOQOL-BREF foi aplicado em uma amostra de 250 pacientes de diversas especialidades médicas (125 ambulatoriais, 125 internados, sendo 94 da clínica médica, 72 da cirurgia, 54 da psiquiatria, e 30 da ginecologia); e 50 controles. Os resultados mostraram escores mais baixos para os pacientes da psiquiatria; e somente no domínio físico os pacientes da clínica tiveram escores mais baixos. Os controles apresentaram escores mais altos que todos os demais grupos. Tomados individualmente, os domínios social e ambiental são os que apresentaram os menores valores. O instrumento foi capaz de discriminar pacientes de controles nos domínios físico, psicológico e meio ambiente, sendo significância limítrofe no último (0,06). O estudo de campo concluiu que o WHOQOL-BREF apresenta características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, de critério, concorrente e fidedignidade teste-reteste (FLECK e cols., 2000). Os domínios e facetas do WHOQOL-BREF estão descritos no Quadro 3:

Quadro 3 - Domínios e facetas do WHOQOL-BREF

<p>Domínio físico Dor e desconforto Energia e fadiga Sono e repouso Mobilidade Atividade da vida cotidiana Dependência de medicação ou de tratamentos Capacidade de trabalho</p>	<p>Domínio psicológico Sentimentos positivos Pensar/aprender/memória/concentração Auto-estima Imagem corporal e aparência Sentimentos negativos Espiritualidade/religião/crenças pessoais</p>
<p>Domínio social: Relações pessoais Suporte (Apoio) social Atividade sexual</p>	<p>Domínio ambiental: Segurança física e proteção Ambiente no lar Recursos financeiros Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades Participação em, e oportunidades de recreação/lazer Ambiente físico: poluição/ruído/trânsito/clima Transporte</p>

Fonte: FLECK e cols., 2000.

2.4 Religiosidade, espiritualidade e *Coping* religioso

Atualmente, cientistas têm concordado que espiritualidade e religiosidade são fenômenos complexos, podendo ser descritos como construtos latentes e multidimensionais, sendo que nenhuma medida ou dimensão única é capaz de capturar seus significados

essenciais. Espiritualidade tem sido entendida como um termo mais amplo, sendo a religiosidade um dos seus aspectos (MILLER e THORENSEN, 2003).

Uma pessoa pode ser espiritual, mas não religiosa, podendo expressar seu conceito de um poder maior através da natureza, música, ou uma indagação para uma verdade científica sem necessariamente ter uma religião específica (BROWN e cols., 2006).

Koenig, McCulloughn e Larson (2001, p.18) definem espiritualidade como “busca pessoal para a compreensão de respostas a questões últimas sobre a vida, seu sentido e sobre a relação com o sagrado ou transcendente”.

Para Cloninger (2007; 2008), espiritualidade é a busca para e um meio de alcançar alguma coisa além da existência humana, criando um senso de conexão com o mundo e com a fonte unificada de toda a vida, uma expressão de uma profunda necessidade das pessoas para significado coerente, amor, e felicidade.

Definições de religiosidade apontam para a busca por significado através de crenças e práticas relacionadas com a religião, e sentimentos para com Deus (CHATTERS, 2000).

Necessária se faz a distinção entre ter uma religião e ser religioso, ou seja, ter um envolvimento religioso ou possuir religiosidade.

O envolvimento religioso é multidimensional e sua definição envolve dimensões comportamentais e subjetivas. O componente comportamental se refere a características e atividades individuais que refletem expressão religiosa pública ou organizacional (afiliação denominacional e frequência a serviços religiosos) bem como atividades privadas realizadas fora da instituição religiosa (leitura e prece). O componente subjetivo inclui atitudes e crenças, experiências, autopercepções e atribuições que envolvem conteúdo religioso (CHATTERS, 2000; KOENIG, McCULLOUNGN e LARSON, 2001).

2.4.1 Bem-estar, qualidade de vida e religiosidade/espiritualidade

A literatura sugere que a religiosidade/espiritualidade pode contribuir para o bem-estar ao menos de quatro maneiras: a) Através do apoio e integração social, b) Através do estabelecimento de relações pessoais com um outro Divino, c) Através da provisão de sistemas de significados e coerência existencial, d) Através da promoção de padrões mais específicos de organização religiosa e estilo de vida pessoal (ELLISON, 1991; 1998).

Estudo avaliando associação de dois aspectos do bem-estar subjetivo: afetivo e cognitivo e diversas variáveis religiosas, sociodemográficas e ocorrências de eventos traumáticos no último ano, mostrou que indivíduos com fortes crenças religiosas informaram

níveis mais altos de satisfação com a vida, maior felicidade pessoal e menos consequências psicossociais negativas de eventos traumáticos (ELLISON, 1991; 1998).

Revisão de artigos sobre a religião como recurso para bem-estar encontraram pesquisas que relataram associações positivas entre religiosidade e satisfação nas relações familiares e conjugais; estudos que sugeriram mecanismos pelos quais a religião pode contribuir para a prevenção, tais como apoio social e emocional de congregações religiosas às famílias, prescrição de valores, comportamentos e estilos saudáveis de vida; e pesquisas evidenciando uma relação inversa entre religiosidade em adolescentes e uso de substâncias e delinquência, assim como uma relação positiva entre religiosidade de adolescentes e variáveis de controle pessoal (MATON e WELLS, 1995).

Práticas religiosas, apoio espiritual e aconselhamento pastoral podem facilitar o manejo de estressores que não dependem do controle pessoal, como morte, doenças e desemprego promovendo um senso de esperança e significado e facilitando o processamento ou catarse emocional. Assim, apoio social de membros da congregação religiosa pode aumentar o sentimento de coesão, amor e cuidado pessoal (MATON e WELLS, 1995).

McFadden (1995), em uma revisão de artigos realizada com o objetivo de rever os achados de pesquisas sobre os efeitos da religião no bem-estar de pessoas mais velhas, concluiu que evidências empíricas apontam na direção de efeitos benéficos de aspectos da religiosidade sobre bem-estar em pessoas idosas; embora possível que a religião possa afetar negativamente por meio de normas religiosas que possam restringir muito a liberdade individual, adoção de práticas modernas para atrair os jovens, e desconforto por não terem condições físicas de práticas organizacionais, dentre outros.

Pesquisas realizadas para investigar o efeito da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida e bem-estar demonstraram que o uso positivo da religiosidade para lidar com situações estressantes de vida foi relacionado com medidas de bem-estar psicológico (MALTBY e DAY, 2003); a escores mais elevados nos domínios do WHOQOL-BREF (PANZINI, 2004); positivamente associado com satisfação com a vida (BJORCK e THURMAN, 2007).

Ferris (2002) estudou a relação entre religião e qualidade de vida utilizando indicadores objetivos e subjetivos. Os resultados mostraram que a variável felicidade esteve associada com frequência a serviços religiosos, e com preferências doutrinárias. Também esteve associada a certas crenças relacionadas à religião, como a crença de que o mundo é bom ou mau. A conclusão do estudo foi a de que organizações religiosas contribuem para a integração na comunidade, aumentando a qualidade de vida. Outra conclusão foi que a

religião pode atrair pessoas com disposição para a felicidade; e pode explicar um propósito na vida que promove bem-estar.

2.4.2 *Coping religioso espiritual*

Quando os indivíduos se voltam para a religião para lidar com o estresse, acontece o *coping* religioso (PARGAMENT, ZINNBAUER e cols, 1998), conceituado como o uso de crenças e comportamentos religiosos para facilitar a solução de problemas e prevenir ou aliviar as consequências emocionais negativas de circunstâncias de vida estressantes (KOENIG, PARGAMENT e NIELSEN, 1998).

Ao lidar com doenças, as pessoas podem utilizar uma variedade de recursos de *coping* religioso/espiritual: a) olhar uma situação negativa por uma lente espiritual potencialmente benéfica; b) buscar apoio espiritual; c) ocupar-se com transformações espirituais profundas na qual o sagrado se torna um valor mais central e prioridade na vida (TARAKESHWAR e PARGAMENT, 2001)

De modo geral, as pessoas se utilizam do *coping* religioso no sentido de uma busca de significado, controle, conforto espiritual, intimidade com Deus e com membros da sociedade, ou ainda, transformação de vida; e bem-estar físico, psicológico e emocional (PARGAMENT e Cols, 1998; PARGAMENT, KOENIG e PEREZ, 2000; TARAKESHWAR e PARGAMENT, 2001).

2.4.3 *Estratégias e estilos de coping religioso-espiritual*

Pesquisas demonstram que o *coping* religioso/espiritual pode estar associado a estratégias voltadas para o problema e a estratégias voltadas para a emoção (CARVER, SCHEIER e WEINTRAUB, 1989; CLARK e cols., 1995; SEIDL, TRÓCOLI e ZANNON, 2001) e podem ser adaptativas e não adaptativas. Em uma pesquisa, Clark e cols. (1995) verificaram que a religião também se correlacionou moderadamente com a liberação de emoções relacionadas ao estresse e à liberação de sentimentos negativos, o que pode ter um caráter não adaptativo.

Pargament, Zinnbauer e cols. (1998) elaboraram uma escala de *coping* religioso/espiritual para avaliar esse aspecto não adaptativo da religião, e resultados de

pesquisa com essa escala demonstraram que o *coping* religioso pode ser classificado em positivo e negativo (PARGAMENT, SMITH e cols., 1998; PARGEMENT, TARAKESHWAR e cols., 2001). Mas evidências apontam para um uso maior de *coping* positivo em relação ao negativo em diferentes amostras e em diferentes situações de estresse (PARGAMENT, SMITH e cols, 1998).

Inicialmente, três estilos de *coping* religioso foram propostos por Pargament e cols. (1998) com a construção de uma escala para avaliá-los: a *Religious Problem-Solving Scale*:

- a) Estilo autodireção (*self-directing*): nesse estilo, o indivíduo é ativo na resolução de problemas, partindo de um ponto de vista que Deus dá às pessoas a liberdade e os recursos para decidirem suas próprias vidas.
- b) Estilo delegação (*deferring*): trata-se de um estilo de *coping* onde o indivíduo é passivo, esperando que Deus resolva seus problemas, atribuindo a Ele a solução.
- c) Estilo colaboração (*collaborative*): há uma co-responsabilidade entre Deus e o indivíduo na solução de problemas.

Posteriormente, Pargament propõe um quarto estilo de *coping* religioso/espiritual: o estilo Súplica (*pleading ou petitionary*), que é a tentativa de influenciar a vontade de Deus através de rogos e orações por sua Divina intervenção (PANZINI, 2004).

Wong-McDonald e Gorsuch (2000) propuseram um estilo adicional de *coping* religioso/espiritual: o estilo *renúncia*. Neste estilo de *coping*, a pessoa escolhe ativamente abrir mão de sua vontade em favor da vontade Divina.

Revisão de estudos concluiu que indivíduos podem combinar estratégias de *coping* religioso e não religioso para lidar com os problemas ou podem usar padrões de *coping* religioso positivo e negativo. Algumas pesquisas sugerem que o uso do *coping* religioso é mais provável entre populações específicas, tais como mulheres e idosos, e nos EUA em afro-americanos; e para tipos específicos de problemas como perdas e graves problemas de saúde. Outras sugerem que *coping* religioso pode ser efetivo na moderação do estresse relacionado com pobres condições de moradia e em situações de discriminação (CHATTERS, 2000).

2.4.4 Instrumentos de medida de coping religioso-espiritual

Internacionalmente há diversos instrumentos de avaliação de *coping* religioso. Dentre eles, a *Religious Coping Scale* (RCOPE), elaborada por Pargament, Koenig e Perez (2000) para medir os tipos de *coping* religioso usados para lidar com eventos negativos nos últimos

três anos. A escala foi construída com itens já existentes em outras escalas, e com itens novos. Inicialmente com 21 fatores com 105 itens, sendo cinco retirados por terem apresentado na análise de fator exploratório valores menores que 0,30 ficando a escala com 100 itens distribuídos em 17 fatores classificados em *coping* religioso negativo e *coping* religioso positivo. Posteriormente construída uma escala abreviada denominada RCOPE *Brief*.

Os fatores de *coping* religioso da RCOPE foram definidos de acordo com as cinco funções básicas da religião: significado, controle, conforto, intimidade, e transformação de vida. Estão descritos no Quadro 4:

Quadro 4 - Métodos ou estratégias de *coping* religioso da RCOPE

Métodos positivos	Descrição
Reavaliação religiosa benevolente	Redefinição do estressor como benevolente e potencialmente benéfico
<i>Coping</i> religioso colaboração	Tentar controlar e resolver os problemas em parceria com Deus
Foco religioso	Buscar alívio da situação estressante focando na religião
Ajuda através da religião	Esforço para dar conforto e suporte espiritual a outros
Apoio espiritual	Procurar por conforto e segurança através do amor e do cuidado de Deus
Apoio de membros e/ou freqüentadores da instituição religiosa	Procura por conforto e renovação da confiança através do amor e cuidado dos membros e freqüentadores da instituição religiosa
Perdão religioso	Buscar ajuda na religião para mudar os sentimentos de raiva, mágoa e medo associados a uma ofensa
Conexão espiritual	Busca de conexão com forças transcendentais
Métodos negativos	Descrição
Reavaliação de Deus como punitivo	Redefinir o estressor como punição Divina aos pecados individuais
Reavaliação demoníaca ou malévola	Redefinir o estressor como fenômenos do mal ou atos do demônio
Reavaliação dos poderes de Deus	Redefinir os poderes de Deus para influenciar a situação estressante
<i>Coping</i> religioso delegação	Esperar passivamente que Deus resolva os problemas
Descontentamento espiritual	Expressão de confusão e descontentamento com Deus
Descontentamento religioso interpessoal	Expressão de confusão e descontentamento com membros e freqüentadores da instituição religiosa
Intervenção Divina	Súplica por intervenção divina direta

Fonte: PANZINI, 2004.

Estudo de validação da RCOPE utilizou amostras de estudantes universitários e pacientes mais velhos hospitalizados. Diversas variáveis relacionadas ao evento negativo, variáveis religiosas e de ajustamento foram analisadas. A RCOPE apresentou uma boa consistência interna, com níveis não inferiores a 0,80 em quase todos os subfatores. Pode ser usada em populações com diferentes níveis de religiosidade, problemas e fases da vida. Por ser teórica e funcionalmente orientada constitui um meio útil de avaliar a influência do uso do *coping* religioso positivo e negativo na saúde. Apesar de ter sido encontrado um maior uso do *coping* religioso positivo no estudo de validação, o *coping* negativo também foi preditivo de

ajustamento, embora na direção contrária. Esses achados apontam para a importância de avaliar tanto os efeitos potencialmente prejudiciais quanto os efeitos potencialmente úteis do *coping* religioso (PARGAMENT, KOENIG e PEREZ, 2000).

No Brasil, o instrumento existente de *coping* religioso-espiritual é a escala de *coping* religioso-espiritual (escala CRE) que foi construída por Panzini (2004) a partir da tradução e adaptação da RCOPE. A escala foi validada através de um estudo que investigou a relação entre *coping* religioso-espiritual, saúde e qualidade de vida.

Durante o processo de construção da escala, 28 itens foram modificados, 42 foram descartados e 33 foram acrescentados, resultando em uma escala de 96 itens. O teste piloto foi realizado com uma amostra de 25 universitários e 25 estudantes do ensino médio noturno (60% do sexo feminino e 40% do sexo masculino), idades entre 16 e 42 anos, maioria solteiros, com renda familiar variada. Principais resultados do teste piloto foram: bom nível de fidedignidade (0,96); retirada de seis itens que não apresentaram correlação significativa nem com os índices de *coping* religioso negativo e nem com os de *coping* religioso positivo, inclusão de dois itens CRE negativo retirados da *Red Flags Religion Coping Scale* (PARGAMENT, ZINNBAUER e cols., 1998), buscando maior equilíbrio na proporção entre itens positivos/negativos de CRE, resultando em uma versão da escala CRE de 92 itens (PANZINI, 2004).

O teste de campo e validação da escala CRE foi realizado com 616 participantes (65% do sexo feminino e 35% do sexo masculino) residentes no Estado do Rio Grande do Sul (RS), maioria na cidade de Porto Alegre, com idade média de 41 anos e com, no mínimo, o segundo ano do ensino fundamental completo, frequentadores de instituições religiosas de diversas crenças ou de grupos religiosos/espirituais não institucionalizados, estudantes ou funcionários de universidades (13,5%); pacientes, familiares, visitantes ou funcionários de clínicas para tratamento de saúde (9,1%) e usuários da Internet (2,9%). Como resultado desse estudo, alguns itens foram retirados por apresentarem problemas de compreensão durante a aplicação, ficando a escala CRE com 87 itens distribuídos em 66 para o *coping* religioso/espiritual positivo e 21 para o negativo. Análise da consistência interna pelo coeficiente *Alpha* de Cronbach demonstrou um bom desempenho para a dimensão CRE positivo e seus fatores (0,98) e dimensão CRE negativo e seus fatores (0,86). Constatada boa validade convergente e discriminante da escala (PANZINI, 2004).

Os fatores das dimensões de *coping* religioso-espiritual positivo e negativo estão descritos no Quadro 5:

Quadro 5 - Fatores das dimensões de *coping* religioso/espiritual da escala CRE

<i>Coping</i> religioso espiritual positivo	
Fatores	Descrição
P1	Transformação de si e / ou de sua vida
P2	Ações em busca de ajuda espiritual
P3	Oferta de ajuda ao outro
P4	Posicionamento positivo frente a Deus
P5	Busca pessoal de crescimento espiritual
P6	Ações em busca do outro institucional
P7	Busca pessoal de conhecimento espiritual
P8	Afastamento espiritual através de Deus/religião/espiritualidade
<i>Coping</i> religioso espiritual negativo	
Fatores	Descrição
N1	Reavaliação negativa de Deus
N2	Posicionamento negativo frente a Deus
N3	Reavaliação negativa do significado
N4	Insatisfação com o outro institucional

Fonte: PANZINI, 2004

2.5 Saúde, personalidade, qualidade de vida e religiosidade

2.5.1 Personalidade e saúde

Revisões de estudos sobre personalidade e saúde concluíram que há poucas dúvidas de que indivíduos bem ajustados, socialmente estáveis, bem integrados em suas comunidades e com maior participação em atividades familiares e religiosas apresentam risco mais baixo para doenças e morte de causas passíveis de prevenção. Entretanto, os resultados de saúde são normalmente multidimensionais. Assim, não há um modelo único de personalidade que possa explicar a sua interferência na saúde. Há diversas teorias que oferecem explicações: (VOLLRATH, KNOCH e LOREDANA, 1999; FRIEDMAN, 2000; 2008):

- a) Comportamental: características da personalidade podem levar a comportamentos não saudáveis, tais como uso disfuncional de substâncias psicoativas, violência, comportamento sexual de risco e suicídio.
- b) Biológica: influência da genética.
- c) Psicofisiológica: estresse e *coping* mais pobre afetando direta e indiretamente metabolismo, imunidade e o sistema cardiovascular.

Vários autores concluíram em suas revisões de estudos que numerosas ligações simultâneas são prováveis de existir entre personalidade, comportamentos, ambiente e saúde (FRIEDMAN, 2008; RAYNOR e LEVINE, 2009).

Revisão de estudos sobre dois aspectos da personalidade – otimismo disposicional e ajustamento a metas – e qualidade de vida evidenciaram que otimistas tendem a usar mais estratégias de *coping* focadas no problema. Quando estas não são possíveis, se voltam para estratégias de *coping* focadas na emoção, tais como aceitação e uso do humor; e são capazes de retirar esforços e renunciar a metas inalcançáveis voltando-se para metas alternativas. Esses indivíduos alcançaram níveis mais altos em qualidade de vida (WROSCH e SCHEIER, 2003).

Dentre as pesquisas avaliando a personalidade de pacientes com doenças hepáticas, cita-se um estudo que comparou a personalidade de indivíduos com doença hepática crônica induzida pelo uso disfuncional de álcool com a personalidade de indivíduos com doença hepática crônica não induzida por uso disfuncional. Os resultados apontaram para uma prevalência maior de transtorno de personalidade anti-social nos homens com a doença induzida pelo uso de alcoólicos em relação aos controles (EWUSI-MENSAH, SAUNDERS, WODAK, MURRAY, WILLIAMS, 1983). Estudo avaliando a severidade da hepatite C crônica e personalidade encontrou resultados que apontaram para associação estatisticamente significativa entre características da personalidade, tais como, baixo senso de controle pessoal, dependência do objeto perdido, necessidades não satisfeitas de aceitação e severidade da doença. Altruísmo também foi associado à severidade da doença hepática (NAYANO, NAGASE, SUDO, KUBO, 2004).

Pesquisas realizadas utilizando o TCI encontraram, em relação às dimensões de temperamento, escores elevados de esquiva ao dano em indivíduos com todos os tipos de transtorno de ansiedade, e também em pessoas que apresentavam diagnóstico de transtorno do humor, exceto naqueles com transtorno bipolar. Com relação aos indivíduos com transtornos alimentares, os indivíduos que apresentavam diagnóstico de bulimia pontuaram mais alto em

esquiva ao dano e em busca de novidade enquanto os anoréticos apresentaram escores mais elevados em persistência (GOLDMAN e cols., 1994; BATTAGLIA e cols., 1996).

Em alcoolistas, os achados de pesquisa foram heterogêneos. Em jovens, foi associado a escores elevados em busca de novidade (GOLDMAN e cols., 1994; BATTAGLIA e cols., 1996; RAVAJA e KELTIKANGAS-JARVINEN, 2001; BASIAUX e cols., 2001; LE BON, 2004; EVREN e cols., 2007) e o abuso de álcool no início da idade adulta associou-se com escores elevados em esquiva ao dano (GOLDMAN e cols., 1994; BATTAGLIA e cols., 1996; LE BON, 2004); escores mais baixos em auto-direcionamento (BASIAUX e cols., 2001; LE BON, 2004) e cooperatividade em relação a controles (BASIAUX e cols., 2001); baixos escores em dependência de recompensa (EVREN e cols., 2007).

Em relação à escala de auto-transcendência, os achados de Le Bon (2004) e de Evren e cols. (2007) divergiram, sendo que o primeiro encontrou escores mais altos enquanto o segundo não encontrou diferenças significantes. Por ter sua consistência interna melhorada pelo processo de tradução e adaptação comparada aos valores normativos, Fuentes e cols. (2000) sugerem que este aspecto da personalidade da teoria psicobiológica de Cloninger seja mais estudado.

Em seus estudos, Cloninger concluiu que indivíduos com personalidade madura – com maior pontuação nas escalas de auto direcionamento e cooperatividade – apresentam maior adaptação efetiva ao ambiente e são mais satisfeitos com a vida (CLONINGER, SYRAKIC e PRZYBICK, 1993); e pontuação mais alta em todas as três escalas do caráter indica presença de mais emoções positivas e menos emoções negativas (CLONINGER, 2006; 2007).

2.5.2 Qualidade de vida e saúde

Com o progresso da medicina, algumas doenças que eram letais passaram a ter os seus sintomas controlados ou seu curso natural retardado, o que possibilitou um prolongamento da vida à custa de um convívio com uma forma abrandada ou assintomática da doença. Assim, tornou-se relevante dispor de maneiras de mensuração do modo como as pessoas vivem esses anos a mais (GIACHELLO, 1996; McKENNA e DOWARD, 2004; FLECK, 2008).

Desde então, a avaliação da qualidade de vida na área da medicina tem sido utilizada como um dos parâmetros para análise do impacto das doenças e de seus tratamentos sobre as pessoas (ARNO-ROEDER, 2003), o que deu origem ao termo qualidade de vida relacionada à saúde.

Qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) é o valor atribuído a duração da vida quando alterada por prejuízos da função física, psicológica e social, e falta de oportunidade, influenciados por doença, dano, tratamento, ou política (GIACHELLO, 1996; MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000).

Diversos estudos foram realizados para avaliar desfechos na saúde física e mental utilizando como parâmetro mudanças na qualidade de vida. Todos os estudos concluem que os pacientes portadores de transtornos mentais apresentam uma pior qualidade de vida nos domínios psicológico, social e ambiental do WHOQOL-BREF em relação aos pacientes portadores de condições físicas; e pior qualidade de vida em todos os domínios quando comparados à população geral (GAZALLE e cols., 2006; BERLIM, McGIRR e FLECK, 2008; GUS MANFRO e HELDT, 2008).

A qualidade de vida de pacientes com doença hepática crônica é afetada por sintomas, tais como, fadiga, lassidão, humor deprimido, inabilidade percebida para funcionamento efetivo, gravidade da doença, dor abdominal e diminuição do apetite (FORTON, THOMAS, MURPHY, ALLSOP, FOSTER, MAIN, WESNES, TAYLOR-ROBINSON, 2002; GUTTELING, DE MAN, VAN DER PLASS, SCHALM, BUSSCHBACH, 2006).

Apesar do aumento do uso do WHOQOL-BREF nas pesquisas em amostras de pacientes com diversas patologias crônicas (HAWTHORNE, HERRMAN e MURPHY, 2006), pesquisas que avaliaram a qualidade de vida de alcoolistas — seja com o uso do WHOQOL seja com os demais instrumentos — não tiveram o mesmo crescimento (FOSTER, PETERS e MARSHALL, 2000; FOSTER, MARSHALL e PETERS, 2000; SILVA LIMA e FLECK, 2008). Em uma revisão feita por Foster e cols. (1999) no Medline, no período de 1982 a 1997, foram encontrados somente 35 artigos com as palavras-chave qualidade de vida e alcoolistas: destes, 11 trabalhos não abordavam propriamente o tema. No período de 1998 a 2005, foram encontrados no mesmo sistema de busca, um total de 14 artigos sobre o tema (SILVA LIMA e FLECK, 2008).

Associada ao número reduzido de trabalhos, registra-se uma ausência de instrumentos de medida de qualidade de vida específicos para essa população, o que tem levado à discussão da utilidade de instrumentos genéricos na avaliação da qualidade de vida em alcoolistas (SILVA LIMA, 2002, SILVA LIMA, FLECK e PECHANSKY, 2005; SILVA LIMA e FLECK, 2008).

Na literatura nacional, encontra-se apenas um estudo que testou o WHOQOL-BREF em alcoolistas, e objetivou verificar a associação entre a gravidade da dependência e qualidade de vida, avaliar a validade discriminante dos instrumentos WHOQOL-BREF e SF-

36 em pacientes do sexo masculino dependentes de etílicos; e verificar se sintomas psiquiátricos exercem algum impacto na qualidade de vida desses indivíduos. Observou-se nesse estudo, que na maioria dos domínios, os pacientes com dependência de leve a moderada apresentaram melhores escores em relação aos com dependência grave, sendo essa diferença estatisticamente significativa. Portanto, os resultados encontrados sugerem que há uma associação entre qualidade de vida e gravidade da dependência do álcool. Os pacientes que apresentavam maior gravidade percebiam-se com pior qualidade de vida. (SILVA LIMA, 2002; SILVA LIMA, FLECK e PECHANSKY, 2005).

Pesquisas internacionais com pacientes alcoolistas utilizando o WHOQOL e outros instrumentos evidenciaram: melhora da qualidade de vida com a redução de 30% ou mais do número de doses ingeridas por mês (KRAEMER e cols., 2002); níveis de consumo de álcool e qualquer uso de metanfetamina no último mês como fatores que mais causaram impacto na qualidade de vida em hepatopatas. A redução no consumo pesado de álcool em associação com redução da progressão do vírus da hepatite C mostrou promissora melhora na qualidade de vida dessa população (COSTENBADER, ZULE e COOMES, 2007); pior qualidade de vida em alcoolistas com depressão e ansiedade em comparação a alcoolistas que não apresentam esse tipo de comorbidade (SAATCIOGLU, YAPICI e CAKMAK, 2008).

2.5.3 Crenças religiosas e saúde

Inúmeras pesquisas indicam que as práticas e crenças religiosas se associam a melhor saúde física e mental: resultados positivos do envolvimento religioso em relação à dor, debilidade física, doenças do coração, pressão sanguínea, infarto, função imune, função neuroendócrina, doenças infecciosas, câncer e mortalidade (KOENIG, 2001b); *coping* religioso positivo associado a menores índices de desesperança em pacientes psiquiátricos (GOODMAN e STONE, 2009); menores índices de ansiedade e depressão (KOENIG, PARGAMENT e NIELSEN, 1998; PARGAMENT, SMITH e cols., 1998; KOENIG e cols., 2001a).

Estudo realizado para determinar a influência da religiosidade do paciente no resultado do tratamento da hepatite C encontrou resultados apontando para associação entre nível mais alto de religiosidade com menos sintomas depressivos. Pacientes homens que informaram maior religiosidade apresentaram maior resposta virológica que aqueles informando menor religiosidade (RAGHAVAN, FERLIC-STARK, CLARKE, RUNGTON, GOODGAME, 2011). Pesquisa avaliando a sobrevivência em pacientes submetidos a transplante de fígado

encontrou associação entre religiosidade e maior sobrevivência após o transplante (BONAGUIDI, MICHELASSI, FILIPPONI, ROVAI, 2010).

Com relação à religiosidade e espiritualidade e o uso de substâncias psicoativas, atualmente há muitas publicações científicas. A bibliografia norte-americana sobre esse assunto contém cerca de 2.000 referências, e o número de publicações tem crescido rapidamente com o *Fetzer Institute* e o *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* solicitando e financiando uma série de estudos científicos sobre alcoolismo e espiritualidade (MILLER e BOGENSCHUTZ, 2007).

Um forte achado de pesquisa tem sido a relação inversa da religiosidade pessoal com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas psicoativas. Adultos e adolescentes mais religiosos são menos prováveis de usar ou ser dependentes. Níveis de risco e/ou desenvolvimento de transtorno por uso de substâncias psicoativas também variam de acordo com as afiliações religiosas. Níveis mais baixos de uso são tipicamente encontrados naqueles cuja religião proíbe o uso, sugerindo que normas e atitudes religiosas sobre uso de substância exercem um papel relevante, podendo exercer um efeito direto (GORSUCH, 1995; KOENIG, 2001a; MILLER e BOGENSCHUTZ, 2007).

Sanchez e Nappo (2008) em estudo qualitativo realizado com indivíduos que buscaram tratamentos religiosos para dependência de drogas encontraram relatos de que o resultado positivo do tratamento está não só na fé, mas também na forma de acolhimento aos que buscam ajuda, no respeito que lhes é transmitido, auxiliando na recuperação da auto-estima, na re-inserção social por meio dos vínculos sociais.

Assim, por meio de estudos transversais, há evidência robusta que há uma associação da religiosidade com baixas taxas de uso de substância. Porém, não está totalmente claro porque isto acontece, necessitando de pesquisas com outro tipo de desenho para melhor elucidar essa associação. Embora haja algumas evidências que religiosidade protege contra uso futuro de substância, é igualmente possível que uso de substância leve a religiosidade e espiritualidade diminuídas (MILLER e BOGENSCHUTZ, 2007).

Revisões realizadas por Dull e Skokan (1995); Paloutzian e Kirkpatrick (1995); Chatters (2000); Pargament e cols. (2001) com o objetivo de estudar os possíveis efeitos para a saúde de fatores ligados a crenças religiosas encontraram estudos que apontavam para os efeitos positivos e negativos. Dentre os fatores que contribuem positivamente são citados:

a) Atitudes, crenças e emoções positivas: crenças no valor intrínseco e único do ser humano, promovidas por doutrinas religiosas podem aumentar sentimentos de auto-estima.

b) Normas religiosas: podem mudar comportamentos e atitudes para com os outros, estimulando relações interpessoais amigáveis, amor, tolerância, perdão, harmonia, compaixão e reduzindo a possibilidade de interações nocivas e estressantes. Rituais religiosos podem ser importantes para estimular estados emocionais positivos e gerar crenças e visões de mundo relacionadas com melhor saúde.

Quanto à possibilidade de efeitos negativos de crenças religiosas na saúde, os estudos que encontraram esses efeitos relacionam alguns fatores (CHATTERS, 2000):

a) Comportamentos de saúde e estilos de vida: ensinamentos religiosos podem proibir tratamento e procedimentos médicos específicos e, em formas extremas, promover e reforçar comportamentos sociais desviantes prejudiciais para a saúde e bem-estar. Grupos religiosos podem desencorajar comportamentos de busca de ajuda profissional para a saúde, e encorajar tratamentos exclusivamente pela igreja.

b) Religião como recurso social: interações sociais negativas podem ocorrer entre os membros da instituição religiosa entre si, ou entre os membros e líderes religiosos, tais como discordância e não observância de normas religiosas por membros com críticas e pressões por parte dos líderes, pressões para ajuda em atividades assistenciais para com indivíduos que possuem recursos limitados para isso.

c) Comportamentos e recursos de *coping*: estudo de padrões de uso de *coping* positivo e negativo indicou que pessoas que usam o *coping* religioso negativo tendem a ter uma visão ameaçadora de mundo, e expressam menos segurança na relação com Deus. *Coping* religioso negativo foi associado com mais sintomas psicológicos e de depressão, qualidade de vida mais baixa, e menos socialização.

d) Emoções, crenças e atitudes negativas: doutrinas religiosas podem gerar estados emocionais específicos (culpa, vergonha e ansiedade), e atitudes e crenças que reforçam uma visão negativa da natureza humana e de si próprio que podem trazer consequências negativas para a saúde física e mental.

2.5.4 Personalidade, qualidade de vida e religiosidade

Avaliação da personalidade aponta para sua influência na qualidade de vida mediada por comportamentos de *coping* com a saúde (HYPHANTIS e cols., 2010).

Resultados de estudos apontam para correlação positiva entre: boa qualidade geral de vida e otimismo disposicional (WROSCH e SCHEIER, 2003); habilidade para se ajustar a objetivos considerados inacessíveis (WROSCH e SCHEIER, 2003); extroversão e indicadores

de bem-estar (FURNHAM e CHENG, 1999); satisfação com a vida (LIBRÁN, 2006); percepção de controle pessoal com melhor ajustamento psicológico (SIEGEL e SCHRIMSHAW, 2001).

Sintomas neuróticos foram associados com pior qualidade de vida psicológica, mais ansiedade e depressão (JERANT e cols., 2008); emoções negativas com pior qualidade de vida emocional (PEDERSEN e HURMANN-LINGEN, 2010); impulsividade associada a pior qualidade de vida, associação mediada por comportamentos considerados de risco. Excesso de zelo e preocupação com a saúde associados com comportamentos protetores para a saúde física e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida relacionada com a saúde (VOLLRATH, KNOCH e LOREDANA, 1999; FRIEDMAN, 2000; 2008; RAYNOR e LEVINE, 2009).

Para Cloninger (2007), o temperamento pode estar sujeito a impulsos emocionais contraditórios que exigem imediata gratificação, gerando conflitos. Certas características do caráter teriam a função de regular esses conflitos para promover bem-estar. Essas características são a capacidade de ter esperança, o amor e a fé que, para ele, são características inerentes às dimensões de auto-direcionamento, cooperatividade e auto-transcendência respectivamente. Indivíduos que são bem desenvolvidos nessas três dimensões do caráter são capazes de ter mais emoções positivas e menos emoções negativas, e conseqüentemente, maior bem-estar e melhor qualidade de vida.

Revisões de estudos sobre personalidade e religiosidade relatam que a maioria das pesquisas utilizou basicamente dois modelos de personalidade: o modelo PEN (Psicoticismo, Extroversão/Introversão, Neuroticismo) elaborado por Hans Eysenck, e o modelo dos cinco fatores proposto por Ernest Tupes e Raymond Christal nos anos 60 (DALGALARRONDO, 2008; ALMINHANA e MOREIRA-ALMEIDA, 2009).

O modelo de Eysenck situa-se entre uma perspectiva genética, psicofisiológica e comportamental da personalidade e inclui três dimensões: a) Neuroticismo: inclui traços como ansiedade, tensão, preocupação, autopiedade e instabilidade; b) Extroversão/Introversão: com extroversão indicando propensão á atividade, energia, entusiasmo, busca de contato com outros, assertividade; e introversão o oposto dessas características; c) Psicoticismo: caracteriza descuido ou negligência consigo mesmo e expressão incomum das emoções, dentre outros aspectos (HALL, LINDSEY e CAMPBELL, 2000; PERVIN e JOHN, 2004; FRIEDMAN e SCHUSTACK, 2004).

Pesquisas com o modelo PEN de personalidade avaliando indivíduos de diferentes culturas e denominações religiosas evidenciaram uma relação consistente entre ser mais religioso e apresentar menores pontuações em psicoticismo. Freqüência a cultos, orações

privadas e atitudes positivas em relação à religião foram inversamente relacionadas a psicoticismo. As outras duas dimensões não se mostraram relacionadas à religiosidade (DALGALARRONDO, 2008).

O modelo dos cinco fatores envolve as dimensões: a) Neuroticismo; b) Extroversão; c) Abertura: inclui curiosidade, imaginação, originalidade, tendência à arte; d) Amabilidade: incluídas características, tais como gentileza, confiança, capacidade de valorização, generosidade, capacidade de se colocar no lugar de outros e de perdoar; e) Conscienciosidade/escrupulosidade: inclui organização, eficiência, responsabilidade, confiança, capacidade de planejar (HALL, LINDSEY e CAMPBELL, 2000; SARAGLOU, 2002 ; PERVIN e JOHN, 2004; FRIEDMAN e SCHUSTACK, 2004):

Revisão de estudos realizados com o modelo dos cinco fatores da personalidade, evidenciam que as dimensões de amabilidade e conscienciosidade estão relacionadas com maior religiosidade. Extroversão foi associada a maior comprometimento interno com a religião (religiosidade intrínseca), e Neuroticismo associada ao uso da religião como meio de obtenção de benefícios pessoais e sociais (religiosidade extrínseca). Abertura associada a formas de religiosidade e espiritualidade mais criativa e negativamente associada a formas fundamentalistas de religiosidade (EMMONS, 1998; DALGALARRONDO, 2008)..

A partir dessas evidências, tem-se buscado modelos que possam explicar essas associações. Tem sido postulado que indivíduos com baixos escores em psicoticismo teriam mais tendência a assumir atitudes de maior compassividade e tolerância em situações sociais. Pessoas com altos escores em amabilidade e conscienciosidade, em algumas culturas, tendem a conformidade social, a aderirem mais a ordens e regras e a serem mais “pro-sociais”, o que favoreceria o maior envolvimento e permanência em instituições e práticas religiosas. Assim, sujeitos com mais tendência á sociabilidade e envolvimento com grupos e instituições seriam pessoas que mais se envolvem com a religião. Pessoas rígidas, mais ansiosas e tensas tenderiam a uma religiosidade mais convencional e fundamentalista, e pessoas mais “abertas” parecem buscar mais formas de religiosidade e espiritualidade do tipo intrínseco (EMMONS, 1998; DALGALARRONDO, 2008).

Número razoável de pesquisas indica que indivíduos que aderem a crenças e práticas religiosas tendem a ser responsáveis, controlados, socialmente orientados, gentis e atenciosos (FRANCIS e cols., 1995; SMITH, 1996; LEWIS e MALTBY, 1995; EYSENCK, 1998, TAYLOR e MACDONALD, 1999; SARAGLOU, 2002; MCCULHOUGH, TSANG e BRION, 2003).

Pesquisa acompanhando adolescentes por um período de 19 anos evidenciou que indivíduos mais empáticos e responsáveis na adolescência foram mais religiosos na idade adulta (MC CULHOUGH, 2003; VINK e cols., 2007).

Diversos estudos internacionais têm demonstrado associação entre o uso de *coping* religioso-espiritual e qualidade de vida (PANZINI, 2008). Dentre esses, destaca-se o estudo de Pargament, Smith e cols (1998) que abordou diretamente a relação entre qualidade de vida e *coping* religioso-espiritual em 551 pacientes hospitalizados gravemente enfermos, 256 pessoas vítimas de ataque a bomba em Oklahoma e 540 estudantes universitários. Resultados evidenciaram que maior utilização de *coping* positivo não se correlacionou com qualidade de vida. Entretanto, maior uso do *coping* negativo associou-se moderadamente com pior qualidade de vida. Estes resultados levaram os autores a concluir que a religião/espiritualidade pode ser fonte de alívio ou desconforto, solução de problemas ou causa de estresse, dependendo de como as pessoas se relacionam com a religião/espiritualidade (PARGAMENT, SMITH e cols., 1998).

Um outro estudo internacional de grande relevância foi o de Koenig, Pargament e Nielsen (1998) com uma amostra de 577 pacientes acima de 55 anos de idade avaliando saúde física, mental, qualidade de vida, uso do *coping* religioso dentre outras variáveis. Em relação à saúde física, os resultados mostraram que quanto pior o estado de saúde dos pacientes, maior foi o uso de estratégias de *coping* religioso-espiritual. A associação foi mais forte para o *coping* negativo do que para o positivo. Quanto à saúde mental, algumas estratégias de *coping* positivo foram associadas a menos sintomas depressivos e melhor qualidade de vida. As doze estratégias de *coping* religioso-espiritual positivo da *Brief RCOPE* estiveram associadas a crescimento associado ao estresse, cooperatividade e crescimento espiritual. Oito de nove estratégias de *coping* negativo estiveram associadas a pior qualidade de vida e mais depressão. Freqüência religiosa esteve associada a menos depressão e maior qualidade de vida. Freqüência religiosa, importância da religião e atividades religiosas privadas estiveram associadas a crescimento relacionado ao estresse, cooperatividade e crescimento espiritual.

O grupo WHOQOL concluiu pela importância da dimensão religiosa/espiritual na qualidade de vida quando organizou grupos focais em vários centros internacionais, a partir de um projeto cuja finalidade era construir uma medida transcultural de qualidade de vida. Os participantes dos grupos focais apontaram para a importância da espiritualidade, religião e crenças pessoais em sua qualidade de vida. Estas variáveis que não faziam parte da estrutura original do instrumento WHOQOL-100 foram, então, incluídas (WHOQOL GROUP, 1995; 1998; SKEVINGTON, LOTFY e O'CONNELL, 2004).

A mensuração da espiritualidade, religião e crenças pessoais no WHOQOL-100 evidencia limitações em função do pequeno número de itens (quatro) destinados à essa medida, o que apontou para a necessidade do desenvolvimento de um instrumento específico para avaliar essa dimensão. Assim, O grupo WHOQOL decidiu por desenvolver um módulo do WHOQOL para avaliar espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais - WHOQOL-SRPB. A construção deste instrumento seguiu o método utilizado em outros projetos do grupo WHOQOL. No Brasil, o teste de campo para validação do instrumento final encontra-se em fase de aplicação (PANZINI e cols, 2008).

Estudo de validação da escala CRE que também teve como objetivo pesquisar a relação entre qualidade de vida, *coping* religioso-espiritual e saúde, encontrou resultados que apontou para uma associação positiva entre *coping* religioso-espiritual positivo e qualidade de vida, associação negativa do *coping* negativo com a qualidade de vida em níveis mais elevados do que o positivo; grupos com pontuações altas no *coping* religioso-espiritual total e baixas pontuações na razão CREN/CREP tiveram um número maior de pessoas com problemas de saúde física (PANZINI, 2004; PANZINI e cols, 2008).

3 JUSTIFICATIVA

Este estudo é justificado em função:

a) Das consequências prejudiciais sociais e para a saúde do consumo abusivo e dependência de etílicos.

b) Da influência da personalidade na predisposição, precipitação ou perpetuação do comportamento de abuso ou dependência de etílicos.

c) Do pequeno número de trabalhos realizados com a escala de auto-transcendência do caráter e também o fato de pesquisas dessa natureza ainda serem incipientes em nosso meio. Uma vez que o caráter é uma dimensão mais flexível que o temperamento, o conhecimento de sua influência e modulação do comportamento de indivíduos que fazem uso abusivo ou dependente de alcoólicos pode contribuir para o trabalho de prevenção e tratamento do alcoolismo e, conseqüentemente para a prevenção da doença hepática induzida pelo uso disfuncional de alcoólicos.

c) Da importância de se avaliar a religiosidade/espiritualidade tanto para o tratamento do alcoolismo quanto para o tratamento da doença hepática, considerando a relevância do tema para nortear abordagens específicas e consistentes com o sistema individual de crenças religiosas/espirituais.

d) Da importância da qualidade de vida na avaliação de resultados de tratamento. A melhora da qualidade de vida pode funcionar como um estímulo motivador para a interrupção do consumo de etílicos e, conseqüentemente influenciar na qualidade de vida dos pacientes que apresentam patologias hepáticas induzidas pelo uso disfuncional de alcoólicos.

e) Do pequeno número de pesquisas avaliando a qualidade de vida de alcoolistas e também do número reduzido de pesquisas utilizando o instrumento WHOQOL-BREF para avaliar a qualidade de vida nessa população em nosso meio.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Identificar o perfil do caráter, o uso do *coping* religioso/espiritual como estratégia de enfrentamento de circunstâncias estressoras de vida, e a qualidade de vida dos indivíduos atendidos em um Centro de Referência em Hepatologia de um hospital universitário.

4.2 Objetivos específicos

Verificar possíveis associações entre dimensão “caráter” da personalidade, uso do *coping* religioso-espiritual e qualidade de vida — tomadas isolada ou conjuntamente —, padrão de uso de alcoólicos (na vida e no último ano) e variáveis sociodemográficas da população estudada.

5 MÉTODO

Estudo de corte transversal realizado no período de agosto a dezembro de 2009 com pacientes em tratamento no Centro de Referência em Hepatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, MG.

5.1 Recursos humanos

Além da responsável pelo estudo, participaram do projeto, o orientador da mestranda, Prof. Dr. Mário Sérgio Ribeiro, do Departamento de Clínica Médica da UFJF; o Co-orientador, Prof. Dr. Luiz Cláudio Ribeiro, do Departamento de Estatística da UFJF; o psicólogo Rafael Alves Baracho que colaborou na aplicação dos questionários, e o bolsista, Thales Januzzi Feital, graduando em estatística que auxiliou nos procedimentos estatísticos.

Os aplicadores, em número de dois, seguiram rigorosamente as instruções recomendadas pelos autores dos questionários de autorrelato quanto à aplicação destes: orientação dos pacientes a lerem as instruções de cada teste antes de iniciar o preenchimento das respostas; e em caso de dúvidas, o aplicador deveria ler pausadamente o enunciado das questões, não devendo explicar o significado das mesmas para não interferir nas respostas dos pacientes.

5.2 Aspectos éticos

Projeto do qual decorre este estudo foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário (HU-UFJF) sob o protocolo 0004/200 , FR: 239599. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) informou o tipo de pesquisa, seus objetivos e esclareceu que a participação seria voluntária, não previa qualquer ressarcimento aos voluntários e que a não-concordância em participar do projeto não acarretaria prejuízo de qualquer tipo. O compromisso com a privacidade de cada um e a utilização confidencial e sigilosa dos dados colhidos foram também descritos neste documento.

5.3 Delineamento do estudo

O Centro de Referência em Hepatologia do Centro de Atenção à Saúde (CAS) do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF) é referência regional — Zona da Mata, sul de Minas e Campo das Vertentes — para atendimento a indivíduos que apresentam problemas hepáticos de diversas etiologias, alcoólicas e não-alcoólicas. Sua capacidade de atendimento é de 60 a 70 indivíduos por semana, durante três dias na semana. O atendimento é realizado por quatro médicos especialistas e por quatro médicos residentes em gastroenterologia.

Inicialmente, foi realizado contato com o coordenador do Centro de Referência em Hepatologia com o objetivo de obter a aprovação e colaboração para a execução da pesquisa. Da mesma forma, foi solicitada a colaboração dos técnicos-administrativos para acesso à agenda de marcação das consultas com a finalidade de elaborar uma lista diária dos pacientes agendados para atendimento médico.

De posse da lista dos pacientes agendados, estes eram abordados e convidados a participar de acordo com os critérios de elegibilidade estabelecidos para a pesquisa: ser do sexo masculino, ter idade entre 20 a 59 anos e nível de escolaridade mínimo de 5ª série do ensino fundamental. Como critério de não elegibilidade estabeleceu-se apresentar quadro de encefalopatia hepática, não apresentar condições de resposta aos instrumentos da pesquisa (limitações cognitivas evidentes incluindo intoxicação alcoólica) e recusa em assinar o TCLE.

Os pacientes foram abordados na sala de espera do CAS enquanto aguardavam pelo atendimento médico. O TCLE foi explicado para e assinado por aqueles que concordaram com a participação no estudo.

Todos os cuidados foram tomados para que os participantes não compartilhassem ou discutissem os conteúdos dos instrumentos com acompanhantes ou pessoas alheias à pesquisa. Para tanto, havia sempre um pesquisador presente durante toda a aplicação que permanecia a uma distância adequada para supervisão da forma como estava sendo respondido o questionário, e suficiente para manter a privacidade e não inibir o paciente. A maioria dos questionários foi respondida em uma única etapa, antes da consulta agendada. Quando o sujeito era chamado à consulta antes de concluir o preenchimento do questionário, o pesquisador aguardava seu retorno à sala de espera para a conclusão do mesmo. Em 27 situações o questionário precisou ser completado no retorno do paciente para nova consulta, mas precauções prévias foram tomadas no sentido de verificar se haveria alguma restrição

quanto a esse procedimento, sendo verificado que apenas o questionário de avaliação da qualidade de vida não poderia ser completado em duas vezes. Assim, nas 27 situações, este questionário foi preenchido em uma única ocasião.

5.4 Instrumentos aplicados

Utilizados instrumentos de autorrelato ordenados em um único encarte na seguinte ordem:

a) Questionário estruturado e autoaplicável relativo a aspectos sociodemográficos, utilizado pelo Laboratório de pesquisas em personalidade, álcool e drogas da Universidade Federal de Juiz de Fora (Lappda-UFJF) (RIBEIRO, RONZANI e ALVES, 1997; 2004);

b) Questionário CAGE de rastreamento da Síndrome de Dependência a alcoólicos na vida. As perguntas devem ser respondidas com “sim” ou “não”. Resposta afirmativa para duas ou mais perguntas, a pessoa é rastreada como provável de ter um diagnóstico de dependência alcoólica na vida. A sensibilidade e a especificidade do teste são de 88% e 83% respectivamente. O CAGE foi padronizado e validado no Brasil por Masur e Monteiro (1983).

c) *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde por Babor e cols. (1992), compõe-se de 10 questões e tem por objetivo identificar possíveis dependentes de álcool. Traduzido e validado no Brasil por Figlie, Pillon e Laranjeira (1997). As questões se referem aos últimos 12 meses, sendo que as três primeiras medem a quantidade e frequência do uso regular ou ocasional. As três seguintes investigam sintomas de dependência e as quatro últimas são a respeito de problemas recentes na vida relacionados ao consumo de álcool. O escore varia de 0 a 40 e sua pontuação pode ser feita de vários modos. Atualmente, Babor, Higgle-Biddle e Monteiro (2003) propõem quatro níveis de escores:

- Consumo de baixo risco: 0-7 pontos
- Consumo de risco: 8-15 pontos
- Uso nocivo ou consumo de alto risco: 16-19 pontos
- Provável dependência: 20 ou mais pontos

d) Escalas de caráter do *Temperament and Character Inventory* (TCI)

Com o objetivo de estudar as dimensões de temperamento e o caráter da personalidade, Cloninger e cols. (1994) desenvolveram o questionário autoaplicável

conhecido como TCI. Fuentes e cols. (2000) traduziram e validaram este instrumento, muito utilizado em países de língua inglesa, para o Brasil. Trata-se de um questionário constituído por 240 itens do tipo “verdadeiro ou falso” - 107 do temperamento; 119 do carácter e 14 itens restantes não pontuados que constituem a escala que avalia se o sujeito mentiu em suas respostas. O instrumento quantifica sete dimensões de personalidade e possibilita o diagnóstico diferencial entre subtipos de transtornos de personalidade. Ao responder-lhe, o indivíduo deve, a cada item proposto, seleccionar a afirmativa que melhor descreva suas ações, opiniões, interesses, objetivos, valores e sentimentos pessoais (CLONINGER e cols., 1994a)

O escore bruto é calculado adicionando um ponto a cada item respondido apropriadamente. Quanto maior a pontuação obtida em cada uma das três escalas, mais Auto Direcionado, mais Cooperativo e mais Auto Transcendente é o indivíduo.

Indivíduos que apresentam baixas pontuações em Auto-Direcionamento e Cooperatividade são esperados ser imaturos e não cooperativos (CLONINGER e cols., 1994a).

Para efeito de avaliação clínica, a interpretação dos escores obtidos no TCI foi baseada em uma amostra comunitária de 300 indivíduos. Estes foram divididos em grupos usando pontos de corte para os percentis escores (CLONINGER e cols., 1994).

Os escores brutos, as correspondentes faixas de percentis escores e a classificação para as três dimensões do carácter estão descritas no Quadro 6:

Quadro 6 - Escores brutos, percentis escores e classificação nas escalas do carácter - TCI

Escore bruto nas escalas			Percentis	Classificação
Autodirecionamento	Cooperatividade	Autotranscendência		
1 - 24	1 - 26	1-13	0- 16,7	Muito baixa
25 - 27	27 - 29	14 - 16	17 -33	Baixa
28 - 34	30 - 36	17 - 22	34 – 66,7	Média
35 - 38	37 - 39	23 - 25	67 – 83,3	Alta
39 - 44	40 - 42	26 - 33	84 - 100	Muito alta

Fonte: CLONINGER e cols.,1994.

e) Escala de *coping* religioso e espiritual (Escala CRE)

Para estudar o uso que um indivíduo faz de suas crenças e práticas religiosas-espirituais para lidar com o estresse, Pargament, Koenig e Perez (2000) desenvolveram uma

escala de *coping* religioso, a *Religious Coping Scale* (RCOPE). Panzini (2004) efetuou a tradução e adaptação da escala RCOPE para uso no Brasil, desenvolvendo a escala de *coping* religioso-espiritual (escala CRE) com posterior validação de construto, de critério e conteúdo.

A escala CRE contém 87 afirmações com cinco opções de respostas graduadas de acordo com a utilização de cada uma das 66 estratégias da dimensão de *coping* religioso-espiritual positivo, e de cada uma das 21 estratégias da dimensão de *coping* religioso-espiritual negativo. As pontuações variam de 1 até 5: “1” correspondente a nem um pouco, “2” correspondente a um pouco, “3” a mais ou menos, “4” a bastante, e “5” a muitíssimo.

Instruções iniciais para o preenchimento da escala CRE solicita à pessoa que responda a uma pergunta aberta: “Qual é a situação de maior estresse vivida nos últimos três anos”, e de acordo com essa resposta, informe o quanto utilizou ou não as estratégias de *coping* religioso-espiritual descritas em cada uma das 87 questões.

A escala CRE possui cinco índices de avaliação:

- CRE positivo (CREP): Obtido através da média das 66 questões que compõem o CREP. Valores situados entre 1,00 e 5,00. Quanto mais alto, maior o uso de CREP.
- CRE negativo (CREN): indica o nível de CREN praticado através da média dos 21 itens da dimensão de *coping* religioso-espiritual negativo. Valores situados entre 1,00 e 5,00. Quanto mais alto, maior o uso de CREN.
- CRE total: quantidade total de CRE's praticados, obtida através da média entre o índice CREP e a média das respostas invertidas aos itens de CREN (CRE negativo invertido), considerando que as dimensões de CREP e CREN têm direção oposta. Valores situados entre 1,00 e 5,00. Quanto mais alto o valor, maior o uso de CRE total. Panzini (2004), em seu estudo de validação, estabeleceu um parâmetro arbitrário para análises das médias de CRE total quanto à sua utilização: irrisória ou nenhuma (CRE total de 1 a 1,5); baixa (1,51 a 2,5); média (2,51 a 3,5); alta (3,51 a 4,5); altíssima (4,51 a 5).
- Razão CREN/CREP: revela a percentagem de CRE negativo utilizado em relação ao CRE positivo através da divisão simples entre os dois índices. Valores da razão situados entre 0,20 e 5,00. Quanto mais baixa resultar a razão CREN/CREP, maior é o uso de CREP em relação ao CREN, e vice versa. Este índice apresenta-se inversamente proporcional, já que são melhor considerados os valores mais baixos. É

sugerido que para se obter um efeito benéfico na qualidade de vida essa razão deve ser igual ou menor que 0,66 (PANZINI, 2004).

f) O instrumento WHOQOL-BREF de avaliação da qualidade de vida

Os instrumentos WHOQOL-100 e BREF são resultados de um projeto colaborativo internacional da Organização Mundial de Saúde para a construção de instrumentos de avaliação da qualidade de vida. Inicialmente, foi construído o WHOQOL-100 seguido de uma versão abreviada com 26 itens divididos em quatro domínios: físico, psicológico, social e ambiental, além de duas questões que se referem ao domínio global - qualidade de vida global e percepções de saúde geral (WHOQOL GROUP, 1995, 1998; FLECK e cols. 2000).

Os escores dos domínios do WHOQOL-BREF são escalados em uma direção positiva: escores mais altos denotam mais alta qualidade de vida. Escores podem ser calculados pelo critério de “escore transformado”, em escala de 0 a 100 e escala de 4-20 pontos para cada um dos domínios e índice global (THE WHOQOL GROUP, 1995, 1998; FLECK e cols., 2000).

As escalas de respostas são do tipo *likert* de um a cinco pontos, com opções variando de “muito ruim” a “muito boa” para a questão de número 1; “muito insatisfeito” a “muito satisfeito” para as questões de números 2, e de 16 a 25; “nada” a “extremamente” para as de número 3 a 9; “nada” a “completamente” para as de números 10 a 14; “muito ruim” a “muito bom” para a de número 15 e “nunca” a “sempre” para a de número 26.

No Brasil, os testes de campo do WHOQOL-BREF foram realizados na cidade de Porto Alegre por Fleck e cols. (2000). Foi aplicado em uma amostra de 250 pacientes de diversas especialidades médicas e 50 controles. O estudo de campo concluiu que o instrumento apresenta características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, de critério, concorrente e fidedignidade teste-reteste (FLECK e cols., 2000).

5.5 Descrição e categorização das variáveis

As variáveis contidas no banco de dados da pesquisa ou criadas *a posteriori* — isto é, durante o processo analítico, tais como frequências de variáveis categóricas; medianas de variáveis contínuas — são apresentadas, de forma agrupada, do Quadro 7 ao Quadro 11.

Quadro 7 - Variáveis sociodemográficas contidas no banco de dados ou criadas *a posteriori*.

Demográficas/sociais	Idade- faixa etária	20 – 30 anos 31 – 40 anos 41 – 50 anos 51 – 60 anos
	Escolaridade	1º grau incompleto 1º grau completo 2º grau incompleto 2º grau completo 3º grau incompleto 3º grau completo Pós-graduação
	Estado civil	Solteiro Casado/amigado Separado/desquitado Divorciado Viúvo
	Ocupação	Somente estudante Estudante empregado Somente empregado Desempregado Aposentado/encostado
	Remuneração	Menor que 1 salário mínimo 1 salário mínimo Mais de 1 até 3 salários mínimos Mais de 3 até 6 salários mínimos Mais de 6 até 10 salários mínimos Mais de 10 até 20 salários mínimos Maior que 20 salários mínimos

Fonte: MARTINS, 2010

Quadro 8 - variáveis religiosas contidas no banco de dados ou criadas *a posteriori*.

Religiosas	Religião	Sem religião Religião católica Uma das religiões protestantes tradicionais Uma das religiões Evangélicas pentecostais Espíritas Kardecistas Um dos cultos afro-brasileiros (umbanda, camdomblé) Esotérica (rosa cruz, seicho-no-iê, eubiose, logosofia, ocultismo, maçonaria) Outra religião
	Frequenta cultos religiosos	Não Sim
	Frequência a cultos religiosos	Sem religião Não participa de forma regular Todos os dias 02 a 06 vezes por semana 01 vez por semana 01 a 03 dias no mês Algumas vezes por ano

Fonte: MARTINS, 2010

Quadro 9 - Variáveis referentes ao consumo de alcoólicos contidas no banco de dados ou criadas *a posteriori*.

Consumo de alcoólicos na vida e no último ano	CAGE	Nunca usou Negativo Positivo
	AUDIT	Nunca usou Abstêmios ou bebedores de baixo risco Bebedores de médio risco Bebedores de alto risco ou provável dependência
	CAGE/AUDIT	Nunca usou CAGE negativos e abstêmios recentes ou bebedores de baixo risco CAGE negativo e bebedores de médio risco CAGE positivo e bebedores de baixo risco CAGE Positivo e bebedores de médio risco CAGE positivo e bebedores de alto risco ou provável dependência

Fonte: MARTINS, 2010

Quadro 10 - Variáveis referentes aos Alcoólicos Anônimos (AA) contidas no banco de dados.

Alcoólicos anônimos (AA)	Contribuição do AA para recuperação do alcoolismo	Cooperação entre os membros Crença espiritual comum Persistência de cada membro Responsabilidade individual de cada membro Outra
	Freqüentou AA nos últimos 12 meses	Não Sim
	Tempo frequentado nos últimos 12 meses	Menos de 30 dias Entre 1 e 3 meses Mais de 3 até 6 meses Mais de 6 até 12 meses
	Regularidade da frequência ao AA nos últimos 12 meses	Até 1 vez por mês De 1 a 3 vezes por mês De 4 a 7 vezes por mês 8 ou mais vezes por mês
	Principal razão para frequentar AA	Alguém me indicou (amigos, familiares) Fui indicado por uma instituição judicial Fui indicado por um serviço de saúde Não encontrei outra forma de ajuda Nenhum tratamento que já fiz me ajudou (psicológico, psiquiátrico, etc.) Reconheci que a bebida tornou-se um problema que não podia controlar sozinho Outra
	Frequência ao AA anterior aos últimos 12 meses	Por menos de 30 dias Entre 1 a 3 meses Mais de 3 a 6 meses Mais de 6 a 12 meses Por mais de 1 ano
	Regularidade da frequência ao AA anteriormente aos últimos 12 meses	Até 1 vez por mês De 1 a 3 vezes por mês De 4 a 7 vezes por mês De 8 ou mais vezes por mês
	Principal razão para deixar de frequentar o AA	Não me sentia bem em situações de grupo Não me sentia bem com os 12 passos Achei que poderia ficar sem beber sem o apoio do AA (achei que já tinha o controle sem ajuda) Ouvir os depoimentos das pessoas me fazia sentir pior Sentia vergonha por frequentar AA Não admitia precisar de frequentar o AA para ficar bem Outra

Fonte: MARTINS, 2010

Quadro 11 - Variáveis contidas no banco de dados ou criadas *a posteriori* referentes ao caráter, *coping* religioso-espiritual, situação de estresse vivida nos últimos três anos, e domínios do WHOQOL-BREF.

Escalas do caráter	Autodirecionamento; Cooperatividade; Autotranscendência	Abaixo da mediana Acima da mediana
Maturidade	Classificação conjunta (autodirecionamento e cooperatividade)	Caráter imaturo Caráter maduro
Bem-estar	Bem-estar (Classificação conjunta das 3 escalas do caráter)	Menor bem-estar Maior bem-estar
<i>Coping</i> religioso-espiritual	Razão CREN/CREP <i>Coping</i> religioso-espiritual total <i>Coping</i> religioso-espiritual positivo <i>Coping</i> religioso-espiritual negativo	Abaixo da mediana Acima da mediana
	Situação de estresse vivida nos últimos 3 anos	Sem resposta ou incoerente Doença própria ou dificuldade de tratamento Problemas interpessoais ¹ Problemas financeiros ² Morte ou separação de entes queridos Doença de familiares Não passou por estresse Outras situações Não se lembra
Domínios do WHOQOL-BREF	Físico; Psicológico; Social; Ambiental; Índice global	Abaixo da mediana Igual ou acima da mediana

Fonte: MARTINS, 2010

5.6 Registros excluídos do banco de dados

Foi efetuada uma análise preliminar de cada questionário entregue em busca de possíveis erros de coerência interna por parte dos respondentes, tal como relatar consumo de álcool no último ano e em seguida responder que nunca fez uso de alcoólicos. Também foram assinaladas as questões em branco e as que deveriam ser anuladas por utilizarem padrão de respostas incompatíveis com a formulação da pergunta. Foram incluídos na análise os pacientes cujas respostas incluíram as quatro perguntas do CAGE, oito ou mais perguntas do AUDIT, todos os itens de cada uma das três escalas de caráter do TCI, satisfizeram os critérios estabelecidos para análise dos dados relativos ao uso do *coping* religioso-espiritual; quais são: taxa de respostas para os itens das dimensões de *coping* religioso-espiritual positivo e *coping* religioso-espiritual negativo igual ou maior que 90%, isto é, não poderia haver mais de 10% de *missing*, ou seja, não poderia haver mais de 10% de itens não respondidos em cada dimensão. Quanto aos critérios relativos à qualidade de vida considerou-se o estabelecido

pelo grupo WHOQOL: a) quando havia mais de 20% de respostas não preenchidas, a avaliação foi descartada; b) Quando mais de dois itens por domínio não haviam sido respondidos, o escore do domínio não foi calculado (com a exceção do domínio social, onde o domínio somente deve ser calculado se $<$ ou $=$ 1 item é *missing* (WHOQOL GROUP, 1995, 1998; WHO, 1996; FLECK e cols., 2000).

5.7 Análise estatística

O banco de dados de trabalho foi submetido a análises estatísticas por meio do software SPSS 14.0 (número de série 9656438). Com o objetivo de caracterizar o conjunto de registros estudados, foram realizadas análises descritivas e exploratórias. Em seguida, foram efetuadas análises bivariadas para avaliar associação das variáveis de desfecho – Autodirecionamento; Cooperatividade; Autotranscendência, Maturidade e Bem-estar – com características sociodemográficas, consumo de alcoólicos, qualidade de vida e uso de *coping* religioso-espiritual.

A regressão logística foi utilizada para caracterizar o peso relativo das diversas variáveis aqui estudadas sobre cada uma das cinco variáveis de desfecho no grupo de sujeitos avaliados. Considerado intervalo de confiança de 95%.

Para análises bivariadas foram consideradas estatisticamente significantes variáveis que apresentassem um p-valor menor ou igual a 5%.

5.7.1 Análise descritiva e exploratória dos dados

Para efeito das análises descritivas, foram utilizados apenas os casos válidos e as variáveis independentes foram agrupadas da seguinte forma: a *idade* foi categorizada em “20 a 30”, “31 a 40”, “41 a 50” e “51 a 60” anos; o *estado civil* foi agrupado em “solteiros”, “casados ou amigados” e “outros” (viúvos, divorciados e separados); a *escolaridade*, em “1º grau completo”, “2º grau incompleto ou completo” e “3º grau incompleto ou acima”; a *ocupação*, em “não trabalha”, “empregado” e “estudante” (empregado ou não); a *remuneração*, em “menor ou igual a 1 salário mínimo”, “mais de 1 ate 3” e “acima de 3 salários mínimos”; e *religião* foi categorizada em “não possui”, “católica”,

“evangélicos/protestantes” e “outras”; na *frequência aos cultos religiosos* as categorias foram “Não possui religião”; “Não participa de forma regular”; e “Participa regularmente”.

Considerando o rastreamento de problemas com o consumo de etílicos, os resultados foram inicialmente agrupados da seguinte forma: 1) CAGE: “nunca usaram alcoólicos na vida”, “CAGE-negativos” e “CAGE-positivos”; 2) AUDIT: “nunca usaram alcoólicos na vida”, “abstêmio recente ou bebedor de baixo risco” (de 0 a 7 pontos), “bebedores de médio risco (de 8 a 15 pontos), e bebedores de alto risco ou com provável diagnóstico” de Transtorno Mental relacionado ao uso de alcoólicos (16 ou mais pontos).

5.7.2 Análise bivariada

Para a realização das análises bivariadas, algumas variáveis foram re-agrupadas, de acordo com os seguintes critérios: 1) se uma das categorias presentes no questionário atingia ao menos 50% de respostas, as demais eram agrupadas como “outras” 2) no caso de nenhuma das categorias originárias ter atingido 50% das respostas, categorias com proximidade logicamente justificável eram agrupadas até ultrapassar a metade dos casos; e 3) na eventualidade de haver grande número de respostas que não permitiam uma lógica imediata para o somatório, optou-se por manter um número maior de categorias originárias, agrupando-se apenas as respostas assinaladas por um baixo percentual dos respondentes.

As variáveis independentes foram agrupadas da seguinte forma: a *idade* foi categorizada em abaixo de 37 anos e igual ou acima de 37 anos; o *estado civil* foi agrupado em “casados ou amigados” e “outros” (solteiros, viúvos, divorciados e separados); a *escolaridade*, em “até 1º grau completo” e “outros”; a *ocupação*, em “estudante”, “trabalhador ativo” e “trabalhador inativo”; a *remuneração*, em “até 1 salário mínimo”, “acima de 1 salário mínimo” ; e *religião* foi categorizada em “sem religião”, “católica” e “outras”; na *frequência aos cultos religiosos* as categorias foram “sem religião”; “Menor que 1 vez por semana”; e “igual ou maior que 1 vez por semana”.

Resultados nas escalas do caráter, nos domínios do WHOQOL-BREF e razão CREN/CREP foram agrupados nas categorias “abaixo da mediana” e “acima da mediana”.

5.7.3 Regressão logística

Na constituição dos modelos de regressão logística, foram seguidos os seguintes procedimentos:

1º- Definiu-se que seriam rodados três modelos: o MODELO 1, referente à escala de auto-direcionamento do TCI; o MODELO 2, referente à escala de cooperatividade do TCI; o MODELO 3, referente à escala de auto-transcendência do TCI, o MODELO 4 referente à análise conjunta das escalas de auto-direcionamento e cooperatividade (modelo da Maturidade), o MODELO 5 referente à análise combinada das três escalas do caráter (MODELO do Bem-estar). Entretanto, não foi possível rodar os últimos (4 e 5) por decisão metodológica de não incluir nos modelos variáveis que apresentassem frequências muito baixas em suas categorias.

2º- Inicialmente, as análises bivariadas entre as variáveis de desfecho e as demais variáveis foram utilizadas para confirmar as correlações estatisticamente significantes.

3º- As variáveis com 30% ou mais de *missing* (não-resposta, resposta em branco) não foram incluídas nos modelos. Também não foram incluídas variáveis que apresentaram frequências muito baixas em suas categorias (menor que 10) em cada casela.

4º- Somente foram incluídas, em cada um dos modelos, as variáveis que apresentaram resultados ao menos marginalmente significantes ($p \leq 0,1$) nas análises bivariadas.

5º- Inicialmente, a ordem de entrada de cada variável utilizada nos modelos levou em consideração evidências empíricas acerca do peso de sua influência sobre a variável de desfecho. Assim, considerando sua possível influência sobre o modelo avaliado, as variáveis e interações foram incluídas na análise a partir da seguinte ordem:

a) Modelo de AUTODIRECIONAMENTO: Domínio Psicológico do WHOQOL → Domínio ambiental → Domínio Social do WHOQOL → Razão CREN/CREP → Remuneração;

b) Modelo de AUTOTRASCENDÊNCIA: Frequência cultos religiosos → Domínio Físico do WHOQOL

c) Modelo de COOPERATIVIDADE: Domínio Social do WHOQOL → Domínio ambiental do WHOQOL → Domínio psicológico do WHOQOL → Razão CREN/CREP → Domínio físico do WHOQOL

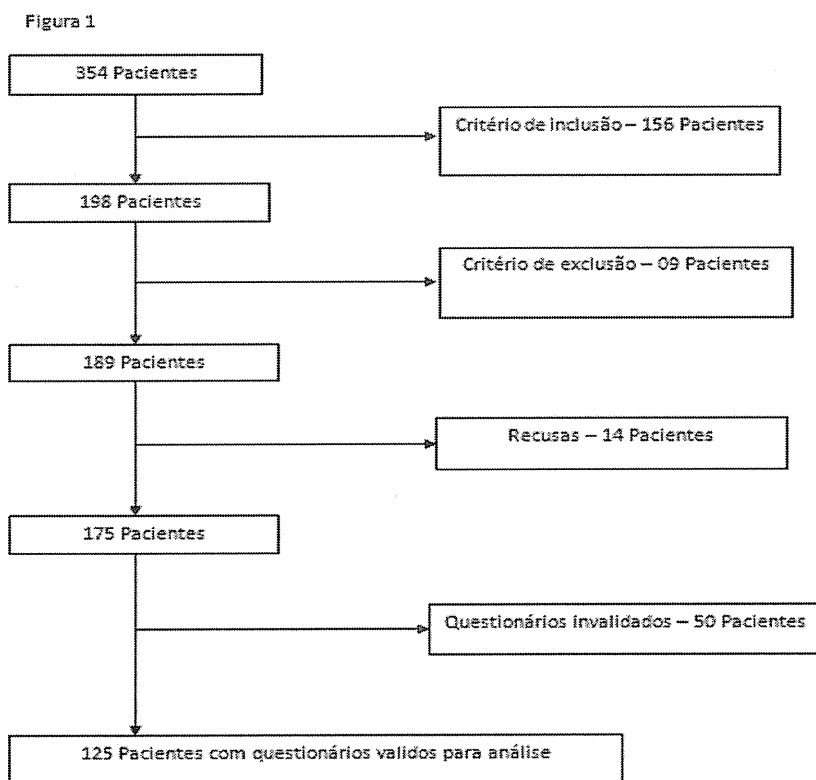
6º- Todas as variáveis entraram manualmente no modelo, uma a uma, e aquelas que não resultavam em significância eram eliminadas, uma de cada vez, conforme as sequências apresentadas abaixo:

- a) Modelo de AUTODIRECIONAMENTO: Domínio ambiental do WHOQOL → Domínio Social do WHOQOL → Remuneração;
- b) Modelo de AUTOTRASCENDÊNCIA: Frequenta cultos religiosos
- c) Modelo de COOPERATIVIDADE: Domínio Psicológico do WHOQOL → Domínio físico do WHOQOL.

6 RESULTADOS

De 1250 sujeitos cadastrados no centro de Referência em Hepatologia, considerando os critérios de não elegibilidade, esperava-se conseguir um número de pelo menos 200 indivíduos para inclusão na pesquisa. Entretanto, tal número não foi possível de ser alcançado. Observou-se que, apesar de haver um número alto de indivíduos cadastrados, não houve o comparecimento na mesma proporção, o que foi explicado pelo fato de pacientes que já tinham tido alta ou abandonado o tratamento ainda estarem dentre esses 1250 cadastrados.

Foram abordados 354 pacientes do sexo masculino que compareceram às consultas médicas e o processo só foi interrompido quando se observou que praticamente todos pacientes que compareciam às novas consultas já haviam sido abordados. Descrição dos números de pacientes incluídos, excluídos, recusas e questionários inválidos para análise encontram-se na Figura 1.



Nas análises bivariadas não serão apresentados os resultados das variáveis relativas aos Alcoólicos Anônimos (AA) em vista de um baixo número de indivíduos que declararam

frequenter o AA durante a vida e no último ano. Assim, serão apresentadas somente as análises descritivas.

De acordo com a decisão metodológica de não incluir nos modelos as variáveis com mais de 30% de *missing*, e por apresentar baixa frequência em algumas categorias, foram excluídos do modelo de regressão as variáveis referentes ao AA, quais são: “Contribuições do AA para recuperação”, “Frequência anterior e nos últimos 12 meses”, “Tempo frequentado anteriormente e nos últimos 12 meses”, “Regularidade de frequência anterior e nos últimos 12 meses”, “Principal razão para frequentar e para deixar de frequentar o AA”. Excluídas também da regressão as variáveis relacionadas ao consumo de alcoólicos (CAGE, AUDIT), religião declarada e frequência a cultos religiosos por apresentar frequência baixa em algumas caselas.

6.1 Análises descritivas e exploratórias dos dados

Os resultados das análises descritivas e exploratórias estão descritos nas Tabelas de 1 a Tabela 8:

Tabela 1 - Análise descritiva das variáveis sociodemográficas de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU/UFJF.

Variável		Frequência	%
Idade-Faixa etária (n=125)	De 20 a 30 anos	17	13,6
	De 31 a 40 anos	34	27,2
	De 41 a 50 anos	41	32,8
	De 51 a 60 anos	33	26,4
	Estado Civil (n=124)	Solteiro	37
	Casado/Amigado	74	59,7
	Separado/Desquitado	7	5,7
	Divorciado	6	4,8
Situação Ocupacional (n=116)	Somente estudante	5	4,3
	Estudante empregado	9	7,8
	Somente empregado	51	44,0
	Desempregado	12	10,3
	Aposentado/Encostado	39	33,6
Escolaridade (n=125)	1º grau incompleto	33	26,4
	1º grau completo	23	18,4
	2º grau incompleto	15	12,0
	2º grau completo	38	30,4
	3º grau incompleto	10	8,0
	3º grau completo	5	4,0
	pós graduação	1	0,8
Remuneração (n=117)	Menor que 1 salário mínimo	7	6,0
	1 salário mínimo	40	34,2
	Mais de 1 até 3 salários mínimos	51	43,6
	Mais de 3 até 6 salários mínimos	13	11,0
	Mais de 6 até 10 salários mínimos	3	2,6
	Mais de 10 até 20 salários mínimos	2	1,7
	Maior que 20 salários mínimos	1	0,9

Tabela 2 – Análise descritiva das variáveis sociodemográficas (religiosas) dos pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU/UFJF.

	Variável	Frequência	%	
Afiliação Religiosa (n=123)	Não tem religião	9	7,3	
	Religião Católica	73	59,3	
	Uma das Religiões Protestantes (Evangélicas) Tradicionais	10	8,1	
	Uma das Religiões Evangélicas, Pentecostais, Neopentecostais	10	8,1	
	Espíritas/ kardecistas	12	9,8	
	Um dos cultos afro-brasileiros (umbanda, candomblé, etc)	3	2,4	
	Outra Religião	6	5,0	
	Frequenta cultos religiosos (n=118)	Não	37	31,4
		Sim	81	68,6
Frequência a cultos religiosos (n=118)	Não tem religião	9	7,6	
	Não participa de forma regular	18	15,3	
	Todos os dias	3	2,5	
	De 02 a 06 vezes por semana	16	13,6	
	01 vez por semana	40	33,9	
	De 01 a 03 dias no mês	11	9,3	
	Algumas vezes por ano	21	17,8	

Fonte: MARTINS, 2010.

Tabela 3 – Análise descritiva das variáveis relacionadas ao consumo de alcoólicos na vida e no último ano em pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU/UFJF.

	Variável	Frequência	%
CAGE (n=125)	Nunca usou	17	13,6
	Negativo	51	40,8
	Positivo	57	45,6
AUDIT (n=125)	Nunca usou	17	13,6
	Abstêmio recente ou bebedor de baixo risco	67	53,6
	Bebedor de médio risco	30	24,0
	Bebedor de alto risco ou provável dependência	11	8,8
CAGE/AUDIT (n=125)	Nunca usou	17	13,6
	CAGE negativos e abstêmios recentes ou bebedores de baixo risco	42	33,6
	CAGE negativo e bebedores de médio risco	9	7,2
	CAGE positivo e bebedores de baixo risco	25	20,0
	CAGE Positivo e bebedores de médio risco	21	16,8
	CAGE positivo e bebedores de alto risco ou provável dependência	11	8,8

Fonte: MARTINS, 2010.

Tabela 4 - Análise descritiva das variáveis relacionadas ao uso do *coping* religioso-espiritual em pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU/UFJF.

Variável	Média	Mediana	Desvio Padrão
Razão CREN/CREP (n=114)	0,696	0,652	0,241
CRE Negativo (n=114)	2,025	1,952	0,646
CRE Positivo (n=114)	3,034	3,015	0,798
CRE Total (n=114)	3,547	3,562	0,401

Fonte: MARTINS, 2010.

Tabela 5 – Análise descritiva das variáveis relacionadas a escalas de caráter em pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU/UFJF.

Variável	Média	Mediana	Desvio Padrão
AutoDirecionamento (n=105)	30,342	31,000	6,977
Cooperatividade (n=110)	30,945	32,000	4,672
Autotranscendência (n=106)	20,396	21,000	5,726
Variável	Frequência		%
Maturidade (n=91)	Caráter imaturo	36	39,6
	Caráter maduro	55	60,4
Bem-estar (n=79)	Menos bem-estar	44	55,7
	Mais bem-estar	35	44,3

Fonte: MARTINS, 2010.

Tabela 6 - Análise descritiva das variáveis relacionadas à qualidade de vida em pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU/UFJF.

Variável	Média	Mediana	Desvio Padrão
Domínio Físico (n=116)	62,284	64,285	19,500
Domínio Psicológico (n=115)	69,275	70,833	16,122
Domínio Social (n=113)	68,141	66,666	19,003
Domínio Ambiental (n=114)	57,319	56,250	13,053
Índice Global (n=124)	60,181	62,500	26,641

Fonte: MARTINS, 2010.

Tabela 7 – Análise descritiva das variáveis relacionadas aos Alcoólicos Anônimos em pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF.

	Variável	Frequência	%
Contribuições do AA para recuperação (n=109)	Cooperação entre os membros	25	23,0
	Crença espiritual comum	9	8,3
	Persistência de cada membro	31	28,4
	Responsabilidade individual de cada membro	30	27,5
	Outra	14	12,8
Frequentou AA nos últimos 12 meses (n=120)	Não	112	93,3
	Sim	8	6,7
Tempo frequentado nos últimos 12 meses (n=8)	Menos de 30 dias	2	25,0
	Entre 1 e 3 meses	2	25,0
	Mais de 6 ate 12 meses	4	50,0
Regularidade de frequência ao AA nos últimos 12 meses (n=7)	Ate 1 vez por mês	1	14,3
	De 1 a 3 vezes por mês	3	42,9
	De 4 a 7 vezes por mês	1	14,3
	8 ou mais vezes por mês	2	28,5
Principal razão para frequentar o AA (n=8)	Alguém me indicou (amigo, familiar, etc.)	2	25,0
	Reconheci que a bebida tornou-se um problema que eu não podia controlar sozinho	4	50,0
	Outra	2	25,0
	Frequentou AA antes dos últimos 12 meses (n=105)	Não	89
	Sim	16	15,2
Tempo frequentado anteriormente aos últimos 12 meses (n=16)	Por menos de 30 dias	6	37,5
	Entre 1 a 3 meses	2	12,5
	Mais de 3 a 6 meses	2	12,5
	Mais de 6 a 12 meses	1	6,3
	Por mais de um ano	5	31,2
Regularidade de frequência ao AA anteriormente aos últimos 12 meses (n=16)	Ate 1 vez por mês	4	25,0
	de 1 a 3 vezes por mês	5	31,3
	De 4 a 7 vezes por mês	4	25,0
	De 8 ou mais vezes por mês	3	18,7
Principal razão para deixar de frequentar o AA	Não me sentia bem em situações de grupo	2	13,3
	Achei que poderia ficar sem beber sem o apoio do AA (Achei que já tinha controle sem ajuda)	5	33,4
	Ouvir os depoimentos das pessoas me fazia sentir pior	2	13,3
	Outra	6	40,0

Fonte: MARTINS, 2010.

Descrição das situações de estresse citadas na escala CRE

Orientações para preenchimento da escala CRE sugerem que o entrevistado descreva a situação de maior estresse vivida nos últimos três anos e responda as questões especificando o quanto usou ou não aqueles comportamentos descritos no instrumento para lidar com a situação. As respostas foram categorizadas pela similaridade das situações apresentadas pelos

participantes. Alguns pacientes responderam indicando mais de uma situação. As categorias de situações de estresse são descritas na Tabela 8.

Tabela 8 - Categorias de situações de estresse vivenciadas por 125 pacientes do Centro de Referência em Hepatologia HU-UFJF nos últimos três anos.

Categorias de situações de estresse	N	%
Sem resposta ou incoerente	37	27,0
Doença própria ou dificuldade de tratamento	28	20,4
Problemas interpessoais ¹	21	15,3
Problemas financeiros ²	15	10,9
Morte ou separação de entes queridos	11	8,2
Doença de familiares	10	7,3
Não passou por estresse	8	5,8
Outras situações	5	3,6
Não se lembra	2	1,5
Total de respostas	137	100

Fonte: MARTINS, 2010

1- Inclui problemas na família, no trabalho e com amigos

2- Inclui desemprego

6.2 Análise bivariada

Os resultados das análises bivariadas estão descritos nas tabelas de número 9 até a de número 28:

Tabela 9 –Auto-direcionamento – análise bivariada das variáveis sociodemográficas de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG 2010.

		Auto-direcionamento			p-valor
		Abaixo da mediana N (%)	Acima da mediana N (%)	Total	
Idade	Abaixo de 37 anos	14 (58,3)	10 (41,7)	24	0,158
	Acima de 37 anos	34 (42,0)	47 (58,0)	81	
Total		48 (45,8)	57 (54,2)	105	
Escolaridade	1º grau incompleto/completo	21 (45,7)	25 (54,3)	46	0,991
	Outras	27 (45,8)	32 (54,2)	59	
Total		48 (45,8)	57 (54,2)	105	
Estado civil	Casados/amigados	26 (42,6)	35 (57,4)	61	0,531
	Outros	21 (48,8)	22 (51,2)	43	
Total		47 (45,2)	57 (54,8)	104	
Ocupação	Estudantes (empregados ou não empregados)	4 (36,4)	7 (63,6)	11	0,631
	Trabalhador ativo	19 (44,2)	24 (55,8)	43	
	Trabalhador inativo	22 (51,2)	21 (48,8)	43	
	Total	45 (46,4)	52 (53,6)	97	
Remuneração	Até 1 salário mínimo	21 (56,8)	16 (43,2)	37	0,045*
	Maior que 1 salário mínimo	22 (36,1)	39 (63,9)	61	
Total		43 (43,80)	55 (56,1)	98	
Religião	Sem religião	2 (28,6)	5 (71,4)	7	0,534
	Católica	31 (49,2)	32 (50,8)	63	
	Outras	15 (42,9)	20 (57,1)	35	
Total		48 (45,8)	57 (54,2)	105	
Frequência cultos religiosos	Não	15 (50)	15 (50)	30	0,396
	Sim	29 (40,8)	42 (59,2)	71	
Total		44 (43,4)	57 (56,6)	101	
Frequência a cultos religiosos	Sem religião	2 (28,6)	5 (71,4)	7	0,500
	Menos de 1 vez por semana	21 (51,2)	20 (48,8)	41	
	Pelo menos 1 vez por semana	22 (44,0)	28 (56,0)	50	
Total		45 (44,8)	53 (55,2)	98	

*p<0,05

Fonte: MARTINS, 2010.

Tabela 10 - Auto-direcionamento – análise bivariada das variáveis de Consumo de alcoólicos na vida (CAGE) e no último ano (AUDIT) de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010.

		Auto-direcionamento			
		Abaixo da mediana N (%)	Acima da mediana N (%)	Total	p-valor
CAGE	Nunca usou	6 (40)	9 (60)	15	0,095
	Negativo	16 (35,6)	29 (64,4)	45	
	Positivo	26 (57,8)	19 (42,2)	45	
Total		48 (45,8)	57 (54,2)	105	
AUDIT	Nunca usou	6 (40,0)	9 (60,0)	15	0,004*
	Baixo risco	22 (39,3)	34 (60,7)	56	
	Médio risco	10 (41,7)	14 (58,3)	24	
	Alto risco	10 (100)	0 (0)	10	
Total		48 (45,8)	57 (54,2)	105	

*p<0,05

Fonte: MARTINS, 2010.

Tabela 11- Auto-direcionamento – análise bivariada da variável *coping* religioso-espiritual (razão CREN/CREP) de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010.

		Auto-direcionamento			
		Abaixo da mediana N (%)	Acima da mediana N (%)	Total	p-valor
Razão	Abaixo da mediana	17 (30,4)	39 (69,6)	56	0,000*
CREN/CREP	Acima da mediana	28 (68,3)	13 (31,7)	41	
Total		45 (46,3)	52 (53,7)	97	

*p<0,05

Fonte: MARTINS, 2010

Tabela 12 - Auto-direcionamento – análise bivariada dos domínios do WHOQOL e índice Global de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, 2010

		Auto-direcionamento			
		Abaixo da mediana N (%)	Acima da mediana N (%)	Total	p-valor
Domínio físico	Abaixo da mediana	22 (47,8)	24 (52,2)	46	0,772
	Acima da mediana	23 (44,2)	29 (55,8)	52	
Total		45 (45,9)	53 (54,1)	98	
Domínio psicológico	Abaixo da mediana	25 (64,1)	14 (35,9)	39	0,002*
	Acima da mediana	19 (32,8)	39 (67,2)	58	
Total		44 (45,9)	53 (54,1)	97	
Domínio social	Abaixo da mediana	21 (61,8)	13 (32,2)	34	0,040*
	Acima da mediana	16 (38,1)	26 (61,9)	42	
Total		37 (48,7)	39 (51,3)	76	
Domínio ambiental	Abaixo da mediana	24 (61,7)	15 (38,5)	39	0,009*
	Acima da mediana	20 (34,5)	38 (65,5)	58	
Total		44 (45,9)	53 (54,1)	97	
Índice Global	Abaixo da mediana	16 (59,3)	11 (40,7)	27	0,118
	Acima da mediana	30 (41,7)	42 (58,3)	72	
Total		46 (46,5)	53 (53,5)	99	

*p<0,05

Fonte: MARTINS, 2010.

Tabela 13 – Cooperatividade – análise bivariada das variáveis sociodemográficas de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG 2010.

		Cooperatividade			
		Abaixo da mediana N (%)	Acima da mediana N (%)	Total	p-valor
Idade	Abaixo de 37 anos	11 (50,0)	11 (50,0)	22	0,775
	Acima de 37 anos	41 (46,6)	47 (53,4)	88	
Total		52(47,3)	58(52,7)	110	
Escolaridade	1º grau incompleto/completo	26 (51,0)	25 (49,0)	51	0,469
	Outras	26 (44,1)	33 (55,9)	59	
Total		52(47,3)	58(52,7)	110	
Estado civil	Casado/amigado	27 (41,5)	38 (58,5)	65	0,117
	Outros	25 (56,8)	19 (43,2)	44	
Total		52(47,7)	57(52,3)	109	
Ocupação	Estudantes (empregados/não empregados)	5 (50,0)	5 (50,0)	10	0,288
	Trabalhador ativo	18 (39,1)	28 (60,9)	46	
	Trabalhador inativo	25 (55,6)	20 (44,4)	45	
Total		48(47,5)	53(52,5)	101	
Remuneração	Até 1 salário mínimo	23 (60,5)	15 (39,5)	38	0,030*
	Mais de 1 salário mínimo	25 (38,5)	40 (61,5)	65	
Total		48(46,6)	55(53,4)	103	
Religião	Sem religião	4 (57,1)	3 (42,9)	7	0,772
	Católica	30 (48,4)	32 (51,6)	62	
	Outras	17 (43,6)	22 (56,4)	39	
Total		51(46,3)	57(56,7)	108	
Frequente cultos religiosos	Não	15 (53,6)	13 (46,4)	28	0,386
	Sim	33 (44,0)	42 (56,0)	75	
Total		48(46,6)	55(53,4)	103	
Frequência a cultos religiosos	Sem religião	4 (57,1)	3 (42,9)	7	0,065
	Menos de 1 vez por semana	25 (61,0)	16 (39,0)	41	
	Pelo menos 1 vez por semana	21 (37,5)	35 (62,5)	56	
Total		50(48,1)	54(51,9)	104	

*p<0,05

Fonte: MARTINS, 2010.

Tabela 14- Cooperatividade – análise bivariada das variáveis de Consumo de alcoólicos na vida (CAGE) e no último ano (AUDIT) de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010.

Cooperatividade					
CAGE		Abaixo da mediana N (%)	Acima da mediana N (%)	Total	p-valor
	Nunca usou				
	Negativo	8 (50,0)	8 (50,0)	16	0,919
	Positivo	20 (48,8)	21 (51,2)	41	
Total		24 (48,8)	29 (51,2)	53	
		52(47,3)	58(52,7)	110	
AUDIT	Nunca usou	8 (50,0)	8 (50,0)	16	0,286
	Baixo risco	23 (41,1)	33 (58,9)	56	
	Médio risco	13 (48,1)	14 (51,9)	27	
	Alto risco	8 (72,7)	3 (27,3)	11	
Total		52(47,3)	58(52,7)	110	

Fonte: MARTINS, 2010.

Tabela 15 - Cooperatividade – análise bivariada da variável *coping* religioso-espiritual (razão CREN/CREP) de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010.

Cooperatividade					
		Abaixo da mediana N (%)	Acima da mediana N (%)	Total	p-valor
Razão CREN/CREP	Abaixo da mediana	17 (29,8)	40 (70,2)	57	0,000*
	Acima da mediana	30 (66,7)	15 (33,3)	45	
Total		47(46,1)	55(53,9)	102	

*p<0,05

Fonte: MARTINS, 2010.

Tabela 16 – Cooperatividade – análise bivariada dos domínios do WHOQOL e índice Global de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, 2010.

		Cooperatividade			
		Abaixo da mediana N (%)	Acima da mediana N (%)	Total	p-valor
Domínio físico	Abaixo da mediana	29 (61,7)	18 (38,3)	47	0,004*
	Acima da mediana	19 (33,3)	38 (66,7)	57	
Total		48(46,1)	56(53,9)	104	
Domínio psicológico	Abaixo da mediana	30 (66,7)	15 (33,3)	45	0,000*
	Acima da mediana	17 (29,3)	41 (70,7)	58	
Total		47(45,6)	56(54,4)	103	
Domínio social	Abaixo da mediana	26 (72,2)	10 (27,8)	36	0,000*
	Acima da mediana	14 (31,8)	30 (68,2)	44	
Total		40(50,0)	40(50,0)	80	
Domínio ambiental	Abaixo da mediana	30 (68,2)	14 (31,8)	44	0,000*
	Acima da mediana	16 (27,6)	42 (72,4)	58	
Total		46(45,1)	56(54,9)	102	
Índice Global	Abaixo da mediana	23 (76,7)	7 (23,3)	30	0,000*
	Acima da mediana	26 (34,7)	49 (65,3)	75	
Total		49(46,7)	56(53,3)	105	

*p<0,05

Fonte: MARTINS, 2010.

Tabela 17 - Auto Transcendência – análise bivariada das variáveis sociodemográficas de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG - 2010

		Auto-transcendência			
		Abaixo da mediana N (%)	Acima da mediana N (%)	Total	p-valor
Idade	Abaixo de 37 anos	14 (56,0)	11 (44,0)	25	0,427
	Acima de 37 anos	38 (46,9)	43 (53,1)	81	
Total		52(49,1)	54(50,9)	106	
Escolaridade	1º grau incompleto/completo	21 (44,7)	26 (55,3)	47	0,421
	Outras	31 (52,5)	28 (47,5)	59	
Total		52(49,1)	54(50,9)	106	
Estado civil	Casado/amigado	29 (48,3)	31(51,7)	60	0,955
	Outros	22 (48,9)	23 (51,1)	45	
Total		51(48,5)	54(51,5)	105	
Ocupação	Estudantes (empregados/não empregados)	7 (58,3)	6 (46,2)	13	0,513
	Trabalhador ativo	23 (51,1)	22 (48,9)	45	
	Trabalhador inativo	16 (40,0)	24 (60,0)	40	
Total		46(46,9)	52(53,1)	98	
Remuneração	Até 1 salário mínimo	20 (50,0)	20 (50,0)	40	0,624
	Mais de 1 salário mínimo	27 (45,0)	33 (55,0)	60	
Total		47(47)	53(53)	100	
Religião	Sem religião	5 (55,6)	4 (44,4)	9	0,492
	Católica	33 (53,2)	29 (46,8)	62	
	Outras	14 (41,2)	20 (58,8)	34	
Total		52(49,5)	53(50,5)	105	
Freqüente cultos religiosos	Não	21 (65,6)	11 (34,4)	32	0,039*
	Sim	31 (43,7)	40 (56,3)	71	
Total		52(50,5)	51(49,5)	103	
Freqüência a cultos religiosos	Sem religião	5 (55,6)	4 (44,4)	9	0,551
	Menos de 1 vez por semana	24 (55,8)	19 (44,2)	43	
	Pelo menos 1 vez por semana	22 (44,9)	27 (55,1)	49	
Total		51(50,5)	50(49,5)	101	

*p<0,05

Fonte: MARTINS, 2010.

Tabela 18 - Auto Transcendência – análise bivariada das variáveis de consumo de alcoólicos na vida e no último ano de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010.

		Auto-transcendência			
		Abaixo da mediana N (%)	Acima da mediana N (%)	Total	p-valor
CAGE	Nunca usou	9 (52,9)	8 (47,1)	17	0,075
	Negativo	28 (59,6)	19 (40,4)	47	
	Positivo	15 (35,7)	27 (64,3)	42	
Total		52(49,1)	54(50,9)	106	
AUDIT	Nunca usou	9 (52,9)	8 (47,1)	17	0,589
	Baixo risco	30 (53,6)	26 (46,4)	56	
	Médio risco	9 (37,5)	15 (62,5)	24	
	Alto risco	4 (44,4)	5 (55,6)	9	
Total		52(49,1)	54(50,9)	106	

Fonte: MARTINS, 2010.

Tabela 19 - Auto Transcendência – análise bivariada da variável *coping* religioso-espiritual de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG 2010.

		Auto-Transcendência			
		Abaixo da mediana N (%)	Acima da mediana N (%)	Total	p-valor
Razão CREN/CREP	Abaixo da mediana	21 (40,4)	31 (59,6)	52	0,136
	Acima da mediana	25 (55,6)	20 (44,4)	45	
Total		46(47,4)	51(52,6)	97	

Fonte: MARTINS, 2010

Tabela 20 - Auto Transcendência – análise bivariada dos domínios do WHOQOL e Índice Global de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010.

WHOQOL		Auto-transcendência		Total	p-valor
		Abaixo da mediana N (%)	Acima da mediana N (%)		
Domínio físico	Abaixo da mediana	14 (31,8)	30 (68,2)	44	0,007*
	Acima da mediana	32 (59,3)	22 (40,7)	54	
Total		46(46,9)	52(53,1)	98	
Domínio psicológico	Abaixo da mediana	22 (52,4)	20 (47,6)	42	0,393
	Acima da mediana	24 (43,6)	31(56,4)	55	
Total		46(47,4)	51(52,6)	97	
Domínio social	Abaixo da mediana	15 (44,1)	19 (55,9)	34	0,540
	Acima da mediana	21 (51,2)	20 (48,8)	41	
Total		36(48,0)	39(52,0)	75	
Domínio ambiental	Abaixo da mediana	19 (48,7)	20 (51,3)	39	0,897
	Acima da mediana	27 (47,4)	30 (52,6)	57	
Total		46(47,9)	50(52,1)	96	
Índice Global	Abaixo da mediana	13 (40,6)	19 (59,4)	32	0,346
	Acima da mediana	34 (50,7)	33 (49,3)	67	
Total		47(47,5)	52(52,5)	99	

*p<0,05

Fonte: MARTINS, 2010.

Tabela 21 - Maturidade – análise bivariada das variáveis sociodemográficas de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010.

		Maturidade			p-valor
		Abaixo da mediana N (%)	Acima da mediana N (%)	Total	
Idade	Abaixo de 37 anos	13(72,2)	5(27,8)	18	0,336
	Acima de 37 anos	45(60,0)	30(40,0)	75	
Total		58(62,4)	35(37,6)	93	
Escolaridade	1º grau incompleto/completo	27(64,3)	15(35,7)	42	0,729
	Outras	31(60,8)	20(39,2)	51	
Total		58(62,4)	35(37,6)	93	
Estado civil	Casado/amigado	30(55,6)	24(44,4)	54	0,132
	Outros	27(71,1)	11(28,9)	38	
Total		57(61,9)	35(38,1)	92	
Ocupação	Estudantes (empregados/não empregados)	7(77,8)	2(22,2)	9	0,160
	Trabalhador ativo	20(52,6)	18(47,4)	38	
	Trabalhador inativo	27(71,1)	11(28,9)	38	
Total		54(63,5)	31(36,5)	85	
Remuneração	Até 1 salário mínimo	24(77,4)	7(22,6)	31	0,019*
	Mais de 1 salário mínimo	29(51,8)	27(48,2)	56	
Total		53(59,8)	34(40,2)	87	
Religião	Sem religião	3(50,0)	3(50,0)	6	0,810
	Católica	34(63,0)	20(37,0)	54	
	Outras	21(63,6)	12(36,4)	33	
Total		58(62,4)	35(37,6)	93	
Frequência cultos religiosos	Não	17(70,8)	7(29,2)	24	0,233
	Sim	37(56,9)	28(43,1)	65	
Total		54(60,7)	35(39,3)	89	
Frequência a cultos religiosos	Sem religião	3(50,0)	3(50,0)	6	0,204
	Menos de 1 vez por semana	25(73,5)	9(26,5)	34	
	Pelo menos 1 vez por semana	26(55,3)	21(44,7)	47	
Total		54(62,1)	33(37,9)	87	

*p<0,05

Fonte: MARTINS, 2010.

Tabela 22 – Maturidade – análise bivariada das variáveis de consumo de alcoólicos na vida e no último ano de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010.

Maturidade					
		Abaixo da mediana N (%)	Acima da mediana N (%)	Total	p-valor
CAGE	Nunca usou	8(57,1)	6(42,9)	14	0,643
	Negativo	21(58,3)	15(41,7)	36	
	Positivo	29(67,4)	14(32,6)	43	
Total		58(62,4)	35(37,6)	93	
AUDIT	Nunca usou	8(57,1)	6(42,9)	14	0,079
	Baixo risco	27(57,4)	20(42,6)	47	
	Médio risco	13(59,1)	9(40,9)	22	
	Alto risco	10(100)	0	10	
Total		58(62,4)	35(37,6)	93	

Fonte: MARTINS, 2010.

Tabela 23 - Maturidade – análise bivariada da variável *coping* religioso-espiritual de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG 2010.

Maturidade					
		Abaixo da mediana N (%)	Acima da mediana N (%)	Total	p-valor
Razão	Abaixo da mediana	25(48,1)	27(51,9)	52	0,002*
CREN/CREP	Acima da mediana	29(80,6)	7(19,4)	36	
Total		54(61,4)	34(38,6)	88	

*p<0,05

Fonte: MARTINS, 2010.

Tabela 24 - Maturidade – análise bivariada dos domínios do WHOQOL e Índice Global de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010.

		Maturidade			
		Abaixo da mediana N (%)	Acima da mediana N (%)	Total	p-valor
Domínio físico	Abaixo da mediana	31(73,8)	11(26,2)	42	0,027*
	Acima da mediana	24(51,1)	23(48,9)	47	
Total		55(61,8)	34(38,2)	89	
Domínio psicológico	Abaixo da mediana	29(80,6)	7(19,4)	36	0,002*
	Acima da mediana	25(48,1)	27(51,9)	52	
Total		54(61,4)	34(38,6)	88	
Domínio social	Abaixo da mediana	26(86,7)	4(13,3)	30	0,001*
	Acima da mediana	18(47,4)	20(52,6)	38	
Total		44(64,7)	24(35,3)	68	
Domínio ambiental	Abaixo da mediana	31(86,1)	5(13,9)	36	0,000*
	Acima da mediana	23(44,2)	29(55,8)	52	
Total		54(61,4)	34(38,6)	88	
Índice Global	Abaixo da mediana	20(87)	3(13)	23	
	Acima da mediana	36(53,7)	31(46,3)	67	
Total		56(62,2)	34(37,8)	90	

*p<0,05

Fonte: MARTINS, 2010.

Tabela 25 – Bem-estar – análise bivariada das variáveis sociodemográficas de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010.

		Bem-estar			p-valor
		Abaixo da mediana N (%)	Acima da mediana N (%)	Total	
Idade	Abaixo de 37 anos	13(86,7)	2(13,3)	15	0,359
	Acima de 37 anos	50(75,8)	16(24,2)	66	
Total		63(77,7)	18(22,3)	81	
Escolaridade	1º grau incompleto/completo	29(78,4)	8(21,6%)	37	0,905
	Outras	34(77,3)	10(22,7)	44	
Total		63(77,7)	18(22,3)	81	
Estado civil	Casado/amigado	34(75,6)	11(24,4)	45	0,637
	Outros	28(80,0)	7(20,0)	35	
Total		62(77,5)	18(22,5)	80	
Ocupação	Estudantes (empregados/não empregados)	7(87,5)	1(12,5)	8	0,544
	Trabalhador ativo	28(77,8)	8(22,2)	36	
	Trabalhador inativo	21(70,0)	9(30,0)	30	
Total		56(75,7)	18(24,3)	74	
Remuneração	Até 1 salário mínimo	23(82,1)	5(17,9)	28	0,361
	Mais de 1 salário mínimo	35(72,9)	13(27,1)	48	
Total		58(74,3)	18(25,6)	76	
Religião	Sem religião	5(83,3)	1(16,7)	6	0,601
	Católica	38(80,9)	9(19,1)	47	
	Outras	20(71,4)	8(28,6)	28	
Total		63(77,7)	18(22,3)	81	
Frequenta cultos religiosos	Não	19(90,5)	2(9,5)	21	0,091
	Sim	42(72,4)	16(27,6)	58	
Total		61(77,2)	18(22,8)	79	
Frequência a cultos religiosos	Sem religião	5(83,3)	1(16,7)	6	0,735
	Menos de 1 vez por semana	24(80,0)	6(20,0)	30	
	Pelo menos 1 vez por semana	30(73,2)	11(26,8)	41	
Total		59(76,6)	18(23,4)	77	

Fonte: MARTINS, 2010.

Tabela 26 – Bem-estar – análise bivariada das variáveis de consumo de alcoólicos na vida e no último ano de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010.

		Bem-estar			
		Abaixo da mediana N (%)	Acima da mediana N (%)	Total	p-valor
CAGE	Nunca usou	10(71,4)	4(28,6)	14	0,715
	Negativo	27(81,8)	6(18,2)	33	
	Positivo	26(76,5)	8(23,5)	34	
	Total	63(77,7)	18(22,3)	81	
AUDIT	Nunca usou	10(71,4)	4(28,6)	14	0,359
	Baixo risco	31(77,5)	9(22,5)	40	
	Médio risco	13(72,2)	5(27,8)	18	
	Alto risco	9(100)	0	9	
Total	63(77,7)	18(22,3)	81		

Fonte: MARTINS, 2010

Tabela 27 – Bem-estar – análise bivariada da variável *coping* religioso-espiritual de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG 2010.

		Bem-estar			
		Abaixo da mediana N (%)	Acima da mediana N (%)	Total	p-valor
Razão CREN/CREP	Abaixo da mediana	31(67,4)	15(32,6)	46	0,007*
	Acima da mediana	29(93,5)	2(6,5)	31	
Total		60(77,9)	17(22,1)	77	

*p<0,05

Fonte: MARTINS, 2010.

Tabela 28 – Bem-estar – análise bivariada dos domínios do WHOQOL e Índice Global de pacientes do Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF, MG – 2010.

		Bem-estar		Total	p-valor
		Abaixo da mediana N (%)	Acima da mediana N (%)		
Domínio físico	Abaixo da mediana	27(75,0)	9(25,0)	36	0,562
	Acima da mediana	33(80,5)	8(19,5)	41	
Total		60(77,9)	17(22,1)	77	
Domínio psicológico	Abaixo da mediana	25(83,3)	5(16,7)	30	0,335
	Acima da mediana	34(73,9)	12(26,1)	46	
Total		59(77,6)	17(22,4)	76	
Domínio social	Abaixo da mediana	24(88,9)	3(11,1)	27	0,249
	Acima da mediana	24(77,4)	7(22,6)	31	
Total		48(82,8)	10(17,2)	58	
Domínio ambiental	Abaixo da mediana	30(93,8)	2(6,2)	32	0,004*
	Acima da mediana	29(65,9)	15(34,1)	44	
Total		59(77,6)	17(22,4)	76	
Índice Global	Abaixo da mediana	20(90,9)	2(9,1)	22	0,088
	Acima da mediana	41(73,2)	15(26,8)	56	
Total		61(78,2)	17(21,8)	78	

*p<0,05

Fonte: MARTINS, 2010.

6.3 Modelos de regressão logística

Conforme referido no método, os resultados relativos à análise de regressão logística estão apresentados na ordem de entrada das variáveis em cada modelo.

No primeiro modelo (auto-direcionamento), a variável domínio psicológico do WHOQOL permaneceu positivamente associada à maior chance de ser auto-direcionado, e a razão CREN/CREP permaneceu inversamente associada a maior chance de ser auto-direcionado. As respectivas razões de chance foram de 2,4 vezes para aqueles com pontuação acima da mediana no domínio psicológico em relação aos que pontuaram abaixo da mediana, e de 3,5 vezes para os pacientes que pontuaram abaixo da mediana na razão CREN/CREP em relação aos que pontuaram acima (Tabela 29).

Tabela 29 - Modelo 1: razão de chance de ser auto-direcionado e “p-valores” para os diversos fatores associados entre pacientes do Centro de Referência em Hepatologia – HU-UFJF, MG – 2010.

Variáveis		p-valor	Razão de chance	Intervalo de Confiança
Domínio Psicológico do WHOQOL	Abaixo da mediana	0,009*	1	1,368 – 8,611
	Acima da mediana		2,432	
Razão CREN/CREP	Abaixo da mediana	0,001*	3,592	1,836 – 11,481
	Acima da mediana		1	

*p<0,05

Fonte: MARTINS, 2010.

Na elaboração do modelo relativo à análise da escala de cooperatividade, as variáveis domínio social do WHOQOL, domínio ambiental e razão CREN/CREP se mantiveram significativamente associadas ao desfecho.

Os pacientes que pontuaram acima da mediana nos domínios social e ambiental do WHOQOL tiveram uma razão de chance de 4,1 e 3,5 vezes, respectivamente maior de ser mais cooperativos em relação aos que pontuaram abaixo da mediana. Aqueles que obtiveram pontuação abaixo da mediana na razão CREN/CREP tiveram uma razão de chance de 3,4 vezes maior de ser mais cooperativos do que os que pontuaram acima da mediana (Tabela 30).

Tabela 30- Modelo 2: razão de chance de ser cooperativo e “p-valores” para os diversos fatores associados entre pacientes do Centro de Referência em Hepatologia – HU-UFJF, MG – 2010.

Variáveis		p-valor	Razão de chance	Intervalo de Confiança
Domínio Social do WHOQOL	Abaixo da mediana	0,006*	1	1,614 – 16,379
	Acima da mediana		4,141	
Domínio Ambiental do WHOQOL	Abaixo da mediana	0,009*	1	1,460 – 14,034
	Acima da mediana		3,527	
Razão CREN/CREP	Abaixo da mediana	0,012*	3,425	1,393 – 14,054
	Acima da mediana		1	

*p<0,05

Fonte: MARTINS, 2010.

O modelo relativo à escala de auto-transcendência indicou apenas uma variável, o domínio físico do WHOQOL-BREF que apresentou associação inversa. Os pacientes que pontuaram abaixo da mediana no domínio apresentaram uma razão de chance de 2,1 vezes maior de ser auto-transcendentes do que aqueles que pontuaram acima da mediana (Tabela 31).

Tabela 31 - Modelo 3: razão de chance de ser auto-transcendente e “p-valores” para os diversos fatores associados entre pacientes do Centro de Referência em Hepatologia – HU-UFJF, MG – 2010.

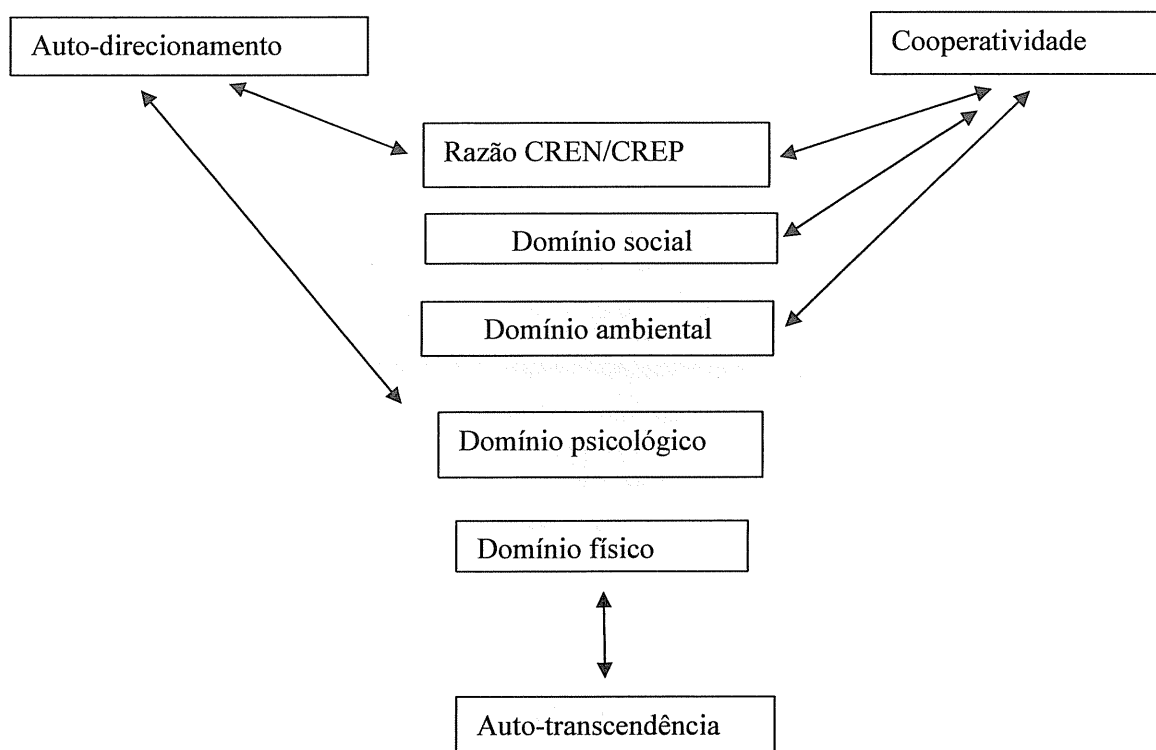
Variáveis		p-valor	Razão de chance	Intervalo de Confiança
Domínio Físico	Abaixo da mediana	0,008*	2,117	1,352 – 7,183
Do WHOQOL	Acima da mediana		1	

*p<0,05

Fonte: MARTINS, 2010.

Como síntese final dos resultados, foi elaborado um esquema representando as variáveis significativamente associadas aos desfechos analisados (Esquema 1).

Esquema 1 - Variáveis significativamente associadas aos desfechos analisados



7 DISCUSSÃO

Os resultados encontrados neste estudo mostram que, de modo geral, a população estudada, foi rastreada como CAGE positivos; padrão de uso de alcoólicos de baixo risco ou abstinência no último ano; pontuações nas escalas de caráter indicando ser auto-direcionados, cooperativos e auto-transcendentes; pontuações nos domínios psicológico e social do WHOQOL-BREF indicando uma boa qualidade de vida nestes domínios; e maior uso do *coping* religioso-espiritual positivo em relação ao negativo.

Os pacientes, nessa população, que ainda mantinham um padrão de uso de alcoólicos de alto risco/provável dependência no último ano eram em número reduzido comparados aos abstinentes/uso de baixo risco. Este resultado não confirmou a percepção dos profissionais de saúde do Centro de Referência em hepatologia de que havia um número expressivo de pacientes que mantinham o uso de alto risco de alcoólicos. Entretanto, considerando que havia 1250 pacientes cadastrados e nem todos estavam ativos no programa de atendimento, é possível que justamente aqueles que abandonaram o tratamento sejam exatamente os que não conseguiam manter a necessária abstinência alcoólica. Pode ser levantada a hipótese de que permaneceram em tratamento apenas aqueles que apresentavam características de personalidade, mais especificamente do caráter, que possibilitassem tanto adesão ao tratamento quanto a manutenção da abstinência ou um padrão de beber de baixo risco.

Estudos sobre personalidade e saúde física e mental apontam para essa possibilidade ao concluírem que há poucas dúvidas de que indivíduos psicologicamente bem ajustados, socialmente estáveis, bem integrados na comunidade e na família e exercendo atividades religiosas apresentam menor possibilidade de comportamentos de risco à saúde (VOLLRATH, KNOCH e LOREDANA, 1999; FRIEDMAN, 2000).

Pesquisa avaliando a relação da personalidade com a saúde em uma amostra de indivíduos com idade acima de 50 anos evidenciou associação entre altos escores de auto-direcionamento com melhor saúde avaliada pelo *General Health Questionnaire* (YONG-YU, PRUMUZIC e HONJO, 2008).

7.1 Variáveis sócio-demográficas e dimensões do caráter: análises bivariadas

As análises bivariadas de variáveis sócio-demográficas com as dimensões de auto-direcionamento mostrou significância estatística apenas para remuneração e frequência a

cultos religiosos. Pacientes que informaram renda mensal superior a 1 salário mínimo obtiveram pontuação acima da mediana em auto-direcionamento, e os pacientes que informaram freqüentar cultos religiosos pelo menos uma vez por semana também obtiveram pontuação acima da mediana nesta dimensão. Este resultado foi inesperado ao se considerar que para o autor do TCI, as variáveis sociodemográficas que têm relevância para a análise da personalidade são idade, e sexo (CLONINGER e cols., 1994). Apesar de não estatisticamente significativa, foi encontrado que os pacientes na faixa etária acima de 37 anos obtiveram pontuação acima da mediana em auto-direcionamento, e os pacientes na faixa etária abaixo de 37 anos obtiveram pontuação abaixo da mediana nesta dimensão.

Ressalta-se o resultado encontrado na análise da idade com a dimensão cooperatividade. Apesar de não estatisticamente significativa, novamente os pacientes na faixa etária acima dos 37 anos obtiveram pontuação acima da mediana em cooperatividade.

Quanto à dimensão auto-transcendência, foi encontrada associação entre essa dimensão da personalidade com a variável freqüentar cultos religiosos. Os pacientes que informaram freqüentar cultos obtiveram pontuação acima da mediana em auto-transcendência, resultado coerente com um dos aspectos medidos por essa escala que é a espiritualidade/religiosidade. Quanto à idade, apesar de não significância estatística, os pacientes que estavam na faixa acima de 37 anos de idade obtiveram pontuação acima da mediana em auto-transcendência.

Os resultados aqui encontrados em relação à idade e auto-direcionamento e cooperatividade, apesar de não significantes, foram semelhantes aos encontrados no estudo de normatização do TCI para a população americana. Resultado diferente foi encontrado entre a faixa etária e a dimensão de auto-transcendência, onde o estudo de normatização norte-americano encontrou valores menores nos indivíduos na faixa etária de 26-49 anos (CLONINGER e cols, 1994).

A população do estudo atual é de indivíduos que, com menor ou maior gravidade, apresentam problemas hepáticos, e que, em maior freqüência, apresentam um resultado positivo no CAGE. Os agravos à saúde em decorrência do uso disfuncional de alcoólicos são gradativos, aumentando com o tempo de exposição e quantidade ingerida. Assim, os indivíduos mais velhos que fazem uso disfuncional de alcoólicos têm maior chance de apresentarem mais problemas de saúde que indivíduos mais jovens pelo tempo maior de exposição ao álcool, o que pode justificar o fato dos pacientes na faixa etária acima de 37 anos deste estudo serem mais auto-transcendentes ao se considerar ainda que a literatura

revisada evidencia que quanto mais doentes, mais as pessoas se voltam para a religião ou espiritualidade.

7.2 Uso de alcoólicos e dimensões do caráter: análises bivariadas

As pontuações encontradas nas escalas do caráter nos pacientes que permaneciam no tratamento apontam para a possibilidade de características do caráter influenciar na abstinência ou uso de baixo risco no último ano. Os valores acima da mediana encontrados em auto-direcionamento, cooperatividade e auto-transcendência indicam que pacientes que obtiveram essa pontuação são auto-direcionados, cooperativos e auto-transcendentes. Indivíduos auto-direcionados são responsáveis, efetivos, voltados para o objetivo, possuem uma boa auto-estima. Estas características podem possibilitar condições psicológicas capaz de manter o objetivo da abstinência alcoólica ou um padrão de beber de baixo risco, e podem possibilitar efetividade no alcance desse objetivo (CLONINGER e cols, 1994).

Pessoas cooperativas são capazes de ter empatia, compaixão, sentimentos de caridade, colaboração e apoio aos outros. Pessoas que apresentam transtornos de personalidade, em especial o transtorno anti-social, não conseguem ter empatia, não entendem e nem respeitam os sentimentos dos outros, não respeitam os direitos das outras pessoas, são vingativas, e egoístas (CLONINGER e cols, 1994).

Baixas pontuações nas escalas de auto-direcionamento e cooperatividade indicam a possibilidade da ocorrência de transtornos de personalidade. Um dos fatores dificultadores da manutenção da abstinência ou um padrão de beber de baixo risco em pacientes que apresentam dependência alcoólica é a comorbidade com os transtornos de personalidade (BASIAUX *et al*, 2001); quadro psicopatológico que não podemos dizer ter encontrado nessa população.

As pontuações obtidas acima da mediana nas escalas de auto-direcionamento e cooperatividade pela população estudada não são indicativas de transtornos de personalidade, o que pode justificar o resultado encontrado no padrão de abstinência ou beber de baixo risco no último ano.

Resultados na análise bivariada entre consumo de alcoólicos na vida e auto-direcionamento, apesar de não estatisticamente significantes demonstraram que os pacientes que informaram nunca terem usado e aqueles que foram rastreados como CAGE negativos obtiveram pontuação acima da mediana em auto-direcionamento enquanto os que foram rastreados como CAGE positivos obtiveram pontuação abaixo da mediana. Estes resultados

foram encontrados em estudos que avaliaram essa dimensão do caráter em alcoolistas comparados com indivíduos que não apresentavam dependência alcoólica (BASIAUX e cols., 2001; LE BON, 2004).

Pacientes que foram rastreados como uso de baixo e médio risco no último ano e, que informaram nunca terem usado alcoólicos obtiveram pontuação acima da mediana em auto-direcionamento, indicando ser mais auto-direcionados que os pacientes com padrão de uso de alto risco/provável dependência; diferença estatisticamente significativa. Este resultado corrobora os encontrados em pesquisa que avaliou o caráter de dependentes de álcool de acordo com o padrão de uso (EVREN *et al*, 2007).

O mesmo resultado, ainda que não significativo estatisticamente, foi encontrado na análise da cooperatividade com o uso de alcoólicos no último ano, com exceção para os pacientes que informaram nunca terem usado, para os quais não foi observada diferença na cooperatividade.

Em relação à análise bivariada do uso de alcoólicos na vida e no último ano e a dimensão de auto-transcendência, apesar de não ter sido encontrada diferença estatisticamente significativa, os resultados mostraram que os pacientes que foram rastreados como CAGE negativos e que informaram nunca terem usado alcoólicos obtiveram menor pontuação em auto-transcendência que os pacientes rastreados como CAGE positivos. Estratificação em grupos de acordo com o uso de alcoólicos no último ano, também não estatisticamente significativa, mostrou resultado indicando que os pacientes que informaram nunca terem usado alcoólicos e os que foram rastreados como de baixo risco obtiveram menores pontuações em auto-transcendência que aqueles que foram rastreados como de médio e alto risco/provável dependência.

Pontuação na escala de auto-transcendência não deve ser avaliada isoladamente e sim em conjunto com pontuações em auto-direcionamento. No caso de baixa pontuação em auto-direcionamento, pontuação elevada em auto-transcendência pode indicar presença de psicopatologia, inclusive sintomas delirantes. É informado pela literatura que indivíduos dependentes de substâncias psicoativas e pacientes esquizofrênicos podem apresentar pontuações elevadas nessa dimensão da personalidade (CLONINGER, 1987; 2002; CLONINGER, SYRAKIC e PRZYBECK, 1993).

A análise conjunta das pontuações obtidas nas dimensões de auto-direcionamento e auto-transcendência pelos pacientes rastreados em um padrão de uso de alcoólicos de médio risco no último ano não indicam a possibilidade de sintomas psicopatológicos, ao se considerar que esses pacientes apresentaram pontuações acima da mediana em auto-

direcionamento. Aqueles com padrão de uso de alto risco ou provável dependência obtiveram pontuação abaixo da mediana nessa dimensão e acima da mediana em auto-transcendência, corroborando com os dados de pesquisa que encontrou esse resultado (LE BON, 2004).

7.3 Qualidade de vida e dimensões do caráter: análises bivariadas

Estudos apontam para a influência da personalidade na qualidade de vida mediada por comportamentos de *coping* com a saúde (GIACOMONI, 2004; HYPHANTIS e cols., 2010); com a capacidade do indivíduo de adequar suas metas à realidade, com características disposicionais – otimismo e habilidade para se ajustar a objetivos considerados inacessíveis (WROSCH e SCHEIER, 2003, FECK e cols., 2008); com emoções negativas e positivas (PEDERSEN e HURMANN-LINGEN, 2010) dentre outros aspectos.

Revisão de estudos sobre o bem-estar psicológico realizada por Diener (1984) encontrou resultados de pesquisas apontando para uma relação positiva entre auto-estima mais elevada e bem-estar. Mais felicidade relacionada com a característica da personalidade denominada internalidade ou *locus de controle* (tendência a atribuir resultados mais a si mesmo do que a causas externas) (DIENER, 1984).

No presente estudo, as análises bivariadas mostraram associação entre a dimensão auto-direcionamento e os domínios psicológico, social e ambiental do WHOQOL-BREF. Algumas das sub-dimensões de auto-direcionamento parecem ter realmente similaridades com facetas do domínio psicológico, tais como sub-escala de auto-aceitação x auto-recusa da escala de auto-direcionamento com a auto-estima, imagem corporal e aparência, uma das facetas do domínio psicológico. Ainda, para que as pessoas possam se responsabilizar pelos seus atos, serem maduras, fortes, determinadas e efetivas – auto-direcionadas – supõe-se que elas devam ter mais sentimentos positivos que negativos e estar com suas funções cognitivas – pensamento, capacidade de aprender, memória e concentração – preservadas; faceta do domínio psicológico do WHOQOL-BREF. É possível ainda supor que pessoas auto-direcionadas possuam recursos psicológicos suficientes para uma boa adaptação social e ao ambiente.

Associação também foi encontrada entre cooperatividade e domínios físico, psicológico, social, ambiental e índice global do WHOQOL. Resultado bastante congruente com algumas das medidas dos três construtos: domínio social, ambiental e cooperatividade entre si.

As sub-escalas da cooperatividade se referem a aceitação social x intolerância, utilidade x inutilidade, generosidade x egoísmo, empatia x desinteresse social e compaixão x vingança. O domínio social do WHOQOL avalia as relações pessoais, apoio social e atividade sexual.

Se a pessoa é tolerante, empática, prestativa, tem compaixão, respeita os sentimentos e direitos dos outros e comporta-se eticamente é possível que desenvolva relações pessoais mais satisfatórias e receba ou forneça apoio aos semelhantes. Pessoas com estas características podem se comportar de forma a ter um ambiente melhor, mais seguro e protegido ou propiciar segurança e proteção no ambiente do lar, uma das facetas do domínio ambiental do WHOQOL. Por outro lado, pessoas egoístas, vingativas, incapazes de ter empatia e que não consideram os sentimentos e direitos dos outros podem contribuir para um ambiente no lar e social desfavorável, à medida que invadem e desrespeitam os direitos das pessoas com as quais convivem.

A consideração de que somente pessoas que são psicologicamente bem-ajustadas conseguem cuidar de si e, conseqüentemente de outros, ou o contrário, pessoas desajustadas psicologicamente não conseguem ajudar a si e nem aos outros, pode explicar associação com o domínio psicológico.

7.4 Coping religioso-espiritual e dimensões do caráter: análises bivariadas

A população estudada utilizou *coping* religioso-espiritual total elevado, mais *coping* positivo em relação ao negativo e razão CREN/CREP no valor considerado suficiente para trazer benefícios para a saúde e qualidade de vida. Nas análises bivariadas, foi encontrada forte associação entre valores considerados melhores (abaixo da mediana) na razão CREN/CREP e valores acima da mediana em auto-direcionamento e cooperatividade. Estes resultados estão de acordo com pesquisas que indicam forte associação entre o uso do *coping* religioso-espiritual positivo com características adaptativas da personalidade, tais como mais responsabilidade, maior cooperação, capacidade de compreender os sentimentos dos outros, sentimentos de caridade e compaixão (FRANCIS e cols., 1995; LEWIS e MALTBY, 1995; SMITH, 1996; TAYLOR e McDONALD, 1999; SARAGLOU, 2002; McCULHOUGH e cols., 2003).

Na análise bivariada, foi encontrada diferença em relação a dimensão auto-transcendência e razão CREN/CREP, com os pacientes que pontuaram acima da mediana em auto-transcendência também obtendo melhor razão CREN/CREP. Entretanto, essa diferença

não foi estatisticamente significativa, o que é intrigante em vista da similaridade entre os construtos *coping* religioso-espiritual e auto-transcendência. Este resultado torna-se ainda mais instigante ao se considerar o resultado estatisticamente significativo entre auto-transcendência e o domínio físico do WHOQOL-BREF, sendo essa diferença semelhante aos resultados de estudos que avaliaram a associação entre o uso do *coping* religioso-espiritual com a saúde física: pior saúde física associada a maior uso de *coping* religioso-espiritual (KOENIG e cols., 1998; PANZINI, 2004; 2008). No presente estudo, pacientes com pontuações abaixo da mediana no domínio físico obtiveram pontuação acima da mediana em auto-transcendência, e pacientes que obtiveram pontuação acima da mediana no domínio físico alcançaram pontuação abaixo da mediana em auto-transcendência.

A dimensão de auto-transcendência no modelo psicobiológico da personalidade de Cloninger avalia características como altruísmo x auto-consciência, aceitação espiritual x materialismo, e identificação transpessoal. Neste estudo, não foram feitas análise separadamente das subescalas. Assim, não é possível afirmar quais aspectos da auto-transcendência estão associados com a qualidade de vida no domínio físico, sendo necessária análise separada de cada uma das sub-dimensões de auto-transcendência com cada uma das facetas do domínio físico do WHOQOL-BREF.

7.5 Maturidade e qualidade de vida: análises bivariadas

Pontuação conjunta mais elevada em auto-direcionamento e cooperatividade indica caráter maduro.

As análises bivariadas mostraram associação entre maturidade e os domínios psicológico, social e ambiental do WHOQOL-BREF. Resultados apontaram para a associação entre pontuações acima da mediana nestes domínios com maior maturidade. Associação entre a razão CREN/CREP e maturidade também foi encontrada: pacientes com razão abaixo da mediana obtiveram pontuação mais elevada em maturidade.

Como foi encontrada associação entre estas dimensões separadamente e os domínios psicológico, social e ambiental do WHOQOL respectivamente, não é surpreendente o resultado encontrado na análise conjunta dessas duas dimensões da personalidade com os domínios físico, social e ambiental. A associação com a razão CREN/CREP era esperada ao se considerar que houve associação deste índice de *coping* religioso-espiritual com as dimensões de auto-direcionamento e cooperatividade.

7.6 Análise regressão logística: Modelo de auto-direcionamento

Neste modelo, a variável domínio psicológico do WHOQOL-BREF se associou positivamente à dimensão de auto-direcionamento do caráter; e a razão CREN/CREP associou-se inversamente a essa dimensão.

O domínio psicológico do WHOQOL-BREF avalia sentimentos positivos e negativos, auto-estima, imagem corporal e aparência, espiritualidade, religião, crenças pessoais, aspectos cognitivos da personalidade (raciocínio, aprendizagem, memória e concentração) (WHOQOL GROUP, 1995).

Auto-direcionamento é considerado como uma característica adaptativa da personalidade (CLONINGER e cols., 1993; CLONINGER e cols., 1994; CLONINGER, 1994; TRACY e cols., 2010), refere-se ao conceito de si como indivíduo autônomo e desse auto-conceito são derivados sentimentos de integridade pessoal, honra, auto-estima, efetividade e liderança. Indivíduos com altos escores são descritos como fortes, auto-suficientes, responsáveis, confiáveis, orientados para o objetivo, construtivos e bem integrados; possuem auto-estima elevada e são efetivos (CLONINGER, 1987; CLONINGER, SYRAKIC e PRZYBICK, 1993; CLONINGER e cols., 1994; MULDER e cols., 1996).

Essas características indicam bom ajustamento psicológico, sendo esperado, portanto, que altos pontuares em auto-direcionamento também apresentem boa qualidade de vida no domínio psicológico do WHOQOL-BREF.

Um número razoável de pesquisas indicam que indivíduos que aderem a crenças e práticas religiosas e espirituais, tendem a serem responsáveis, controlados, sociáveis, gentis e atenciosos (FRANCIS e cols., 1995; SMITH, 1996; LEWIS e MALTBY, 1995; EYSENCK, 1998; TAYLOR e MACDONALD, 1999; SARAGLOU, 2002; McCULHOUG, TSANG e BRION, 2003).

O uso positivo da religiosidade como *coping* com situações estressantes foi relacionado com medidas de bem-estar psicológico (MALTBY e DAY, 2003); a melhor qualidade de vida (HARRISON e cols., 2001; SIEGEL e SCHRIMSHAW, 2001), a pontuações mais elevadas nos domínios do WHOQOL-BREF (PANZINI, 2004); positivamente associado com satisfação com a vida (BJORCK e THURMAN, 2007).

Resultados do estudo de validação da escala CRE mostraram que o domínio do WHOQOL-BREF que melhor associou-se a todas as variáveis de *coping* religioso-espiritual foi o psicológico. Também associou-se a outras variáveis religiosas e espirituais, o que levou

a conclusão de que este domínio da qualidade de vida tem uma estreita relação com a religiosidade e espiritualidade. A estratégia de *coping* religioso-espiritual positiva que mais influenciou a qualidade de vida foi a oferta de ajuda ao outro (PANZINI, 2004).

Assim sendo, os resultados deste estudo são convergentes com achados da literatura, encontrada associação positiva da dimensão auto-direcionamento da personalidade com o domínio psicológico do WHOQOL-BREF, e com o maior uso do *coping* religioso-espiritual positivo em relação ao negativo.

7.7 Análise regressão logística: Modelo da cooperatividade

As dimensões social e ambiental do WHOQOL-BREF se associaram positivamente à cooperatividade.

O domínio social do WHOQOL-BREF avalia as relações sociais, apoio social e atividade sexual; e o domínio ambiental a segurança física e proteção, o ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, atividades de recreação e lazer, ambiente físico e transporte (WHOQOL GROUP, 1995).

A dimensão cooperatividade da personalidade se refere à identificação de si como parte integrante da sociedade e da humanidade, e desse auto-conceito são derivados sentimentos de comunidade, compaixão, consciência e caridade (CLONINGER, SYRAKIC e PRZYBICK, 1993; CLONINGER e cols., 1994).

Indivíduos que apresentam pontuações altas nessa dimensão são descritos como empáticos, tolerantes, compassivos, apoiadores, justos, engajados em serviços para cooperar com as pessoas e capazes de entender as necessidades de outros tanto quanto as próprias. Sujeitos com baixas pontuações são descritos como intolerantes, críticos, vingativos, oportunistas, preocupam-se apenas consigo próprio e tendem a não considerar os sentimentos e direitos de outros (CLONINGER, 1987; CLONINGER, SYRAKIC e PRZYBICK, 1993; CLONINGER e cols, 1994; MULDER e cols., 1996).

A relação encontrada neste estudo entre essa dimensão e os domínios social e ambiental do WHOQOL-BREF pode ser considerada esperada. Essas características do caráter podem influenciar para um pior ou melhor convívio social, e com potencial de criar um ambiente favorável ou desfavorável, dependendo do quanto cooperativo ou não o indivíduo possa ser, e do quanto respeita ou desrespeita o direito dos outros.

Estratégias de *coping* religioso-espiritual positivo têm associação com maior cooperatividade. Indivíduos mais religiosos tendem a ser mais sensíveis aos problemas de outros e tendem a se envolver em atividades de ajuda ao próximo muito mais do que indivíduos não religiosos (KOENIG, PARGAMENT e NIELSEN, 1998); e estratégia de *coping* religioso-espiritual positiva que mais se associou a qualidade de vida foi a oferta de ajuda ao próximo (PANZINI, 2004).

Tendo em vista que na dimensão de cooperatividade da personalidade estão envolvidos sentimentos de compaixão, consciência e caridade, é compreensível essa associação positiva entre altos pontuadores nessa dimensão e maior uso do *coping* religioso-espiritual positivo.

Envolvimento em práticas religiosas institucionais pode promover integração social, com evidências de que o apoio de membros da igreja e do clero seja importante para o ajustamento psicológico às situações de estresse (McFADDEN, 1995; MATON e WELLS, 1995; SIEGEL e SCHRIMSHAW, 2001; FERRIS, 2002; SANCHEZ e NAPPO, 2008).

Revisão de artigos sobre a religião como recurso para bem-estar, encontraram pesquisas que relataram associações positivas entre maior religiosidade e satisfação nas relações sociais, familiares e conjugais (MATON e WELLS, 1995).

Assim sendo, os resultados deste estudo são convergentes com achados da literatura, encontrada associação positiva da dimensão cooperatividade da personalidade com os domínios social e ambiental do WHOQOL-BREF, e com o maior uso do *coping* religioso-espiritual positivo em relação ao negativo.

7.8 Análise regressão logística: Modelo da auto-transcendência

Neste modelo, a associação se manteve com o domínio físico do WHOQOL-BREF.

O domínio físico do WHOQOL-BREF avalia dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividade da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho (WHOQOL GROUP, 1995; 1998).

Auto-transcendência é definida como a identificação de si próprio como parte integrante da unidade de todas as coisas, do universo e suas fontes e, desse auto-conceito são derivados sentimentos de participação mística, fé religiosa, paciência e igualdade incondicional. Indivíduos que apresentam altas pontuações são descritos como tendendo a transcender seus próprios limites quando profundamente envolvidos em uma relação ou atividade, tendendo a esquecer onde estão ou perder a noção da passagem do tempo. Criativos

e originais, tendem a experimentar fortes conexões com a natureza e o universo como um todo, e com frequência dispostos a sacrifícios para fazer do mundo um lugar melhor. Acreditam em milagres, experiências extra-sensoriais e fenômenos espirituais; são capazes de ser confortados ou vitalizados por experiências espirituais, podendo lidar com doenças, sofrimento e até mesmo com a morte através da fé (CLONINGER, SYRAKIC e PRZYBECK, 1993; MULDER e cols., 1996).

Pesquisas evidenciam que o *coping* religioso-espiritual é comumente utilizado em situações de doenças físicas e mentais, e perdas dentre outras (PARGAMENT e COLS, 1998; CHATTERS, 2000; HARRISON e COLS, 2001; TARAKESHWAR e COLS, 2006).

A explicação teórica para esses achados tem sido a de que o sistema de crenças de um indivíduo, sua visão de mundo, sua religião ou espiritualidade podem ter um efeito positivo sobre a saúde. O ser humano, em geral, necessita encontrar um significado para suas experiências de vida, especialmente diante do sofrimento físico ou mental (OAKLEY, 2001; CLONINGER, 2006; 2007; 2008).

Ainda que não tenha sido verificada, neste estudo, associação entre a razão CREN/CREP e auto-transcendência como poderia ser esperado, ressalta-se que a dimensão de auto-transcendência engloba aspectos intimamente relacionados com a religiosidade e espiritualidade dentre outros; o que pode justificar o resultado encontrado indicando associação entre uma pior avaliação da condição física e maior pontuação em auto-transcendência.

7.9 Síntese final dos modelos construídos

Os resultados indicaram que tanto o modelo do auto-direcionamento quanto o modelo da cooperatividade mantiveram-se significativamente associados ao uso do *coping* religioso-espiritual. Associação entre maior uso do *coping* positivo em relação ao negativo com as dimensões representadas pelos modelos.

Em relação à qualidade de vida, todos os domínios do WHOQOL-BREF foram associados aos modelos da personalidade, cada um deles com a dimensão cujos construtos se assemelham. Associação foi positiva para o domínio psicológico em auto-direcionamento; e para os domínios social e ambiental na cooperatividade. Associação inversa do domínio físico com a dimensão de auto-transcendência.

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Além das próprias limitações dos instrumentos de autorrelato – já bastante conhecidas e discutidas – as principais considerações acerca deste trabalho referem-se a: a) o desenho transversal e a utilização de hepatopatas em tratamento obviamente impedem tanto inferências causais quanto a generalização dos resultados – tanto para hepatopatas quanto para alcoolistas em tratamento, porém sem comorbidade na área, bem como para pacientes do sexo feminino; b) impossibilidade de se mensurar a gravidade da doença hepática no momento da coleta dos dados, o que impede uma discussão da relação entre condição clínica, senso estrito, e as variáveis estudadas; c) dada a extensão do questionário utilizado, optou-se por não avaliar o uso de outras substâncias psicoativas, que pode ser um fator de confundimento das análises efetuadas; d) outra limitação a ser considerada foi o pequeno número de sujeitos em algumas categorias, o que restringiu a entrada de algumas variáveis nos modelos de regressão, tais como consumo de alcoólicos e diversas variáveis sociodemográficas, além de impossibilitar a construção de outros modelos: Maturidade e Bem-estar.

9 CONCLUSÃO

Este estudo partiu de evidências da associação da personalidade com comportamentos relacionados com a saúde, qualidade de vida, e uso do *coping* religioso-espiritual em situações de estresse. Evidências indicam que características do temperamento e do caráter podem exercer tanto efeitos positivos quanto negativos nos comportamentos com a saúde, e na qualidade de vida. Também a religiosidade ou espiritualidade pode exercer ambos os efeitos, dependendo do tipo de *coping* religioso-espiritual que é utilizado pelo indivíduo.

Evidências indicam que pontuação mais elevada nas três dimensões do caráter possibilita melhor qualidade de vida, bem como o uso positivo da religiosidade ou espiritualidade como *coping* em situações de estresse. Assim sendo, o objetivo dessa pesquisa foi investigar a prevalência de pacientes auto-direcionados, cooperativos e auto-transcendentes atendidos em um ambulatório de hepatologia, bem como verificar possíveis associações dessas três dimensões do caráter com o consumo de alcoólicos, qualidade de vida, e uso do *coping* religioso-espiritual. No entanto, o objetivo de analisar o uso de alcoólicos em conjunto com outras variáveis não foi alcançado. O pequeno número de pacientes em algumas categorias impossibilitou a entrada dessa variável nos modelos de regressão logística construídos.

Os resultados encontrados em relação às demais variáveis, conforme apresentado anteriormente, indicaram associações significantes, nas análises bivariadas, entre a razão CREN/CREP e as dimensões de auto-direcionamento e cooperatividade da personalidade no modelo de Cloninger. Associações se mantiveram nas análises de regressão logística, indicando que os pacientes que informaram usar mais *coping* religioso-espiritual positivo em relação ao negativo apresentaram mais chances de ser auto-direcionados e cooperativos. Quanto à qualidade de vida, os pacientes que obtiveram pontuação mais alta no domínio psicológico do WHOQOL-BREF apresentaram maior chance de ser auto-direcionados; e aqueles que informaram melhor qualidade de vida nas dimensões sociais e ambientais tiveram mais chance de ser cooperativos. Pior avaliação pelos pacientes de sua qualidade de vida no domínio físico associou-se a maior pontuação em auto-transcendência.

Resultados deste estudo reforçam evidências sobre a íntima relação entre caráter, qualidade de vida e uso do *coping* religioso-espiritual, e confirmam os resultados encontrados em outros estudos avaliando esses construtos. Considera-se que os objetivos foram parcialmente alcançados, ao se considerar a impossibilidade de análise mais aprofundada

sobre as diferenças no padrão de uso de alcoólicos e os construtos qualidade de vida e uso do *coping* religioso-espiritual. Entretanto, os resultados nas análises bivariadas entre uso de alcoólicos no último ano e dimensão auto-direcionamento do caráter, estão de acordo com a literatura revisada: indivíduos que nunca usaram alcoólicos ou em uso de baixo risco são mais auto-direcionados que aqueles em uso de alto risco ou dependência.

Este resultado, ainda que modesto, aponta para a importância de intervenções terapêuticas específicas na dimensão de auto-direcionamento em pacientes com baixas pontuações, no sentido de obter a abstinência ou um padrão de beber de baixo risco, o que possibilita melhor resposta ao tratamento da doença hepática nessa população.

Acredita-se que, ainda que com limitações, este estudo foi relevante ao apontar para a possibilidade de cada uma das dimensões do caráter ter distinta associação com os domínios do WHOQOL nessa população. Ao se considerar que o caráter sofre mais influência da cultura e do ambiente social, regula conflitos emocionais contraditórios, e engloba as crenças pessoais e espirituais que podem trazer significados a respeito de acontecimentos inevitáveis; identificar áreas onde a saúde e a qualidade de vida podem ser melhoradas por meio de intervenções que possibilitem o desenvolvimento do caráter pode ser de grande relevância para a saúde pública.

Contudo, um estudo científico deve sempre gerar novas perguntas, novas hipóteses, instigar o desejo de novos conhecimentos. O pesquisador interessado e atento pode ver muitas possibilidades a partir de um estudo inicial, pois o conhecimento não é possível de ser esgotado. Assim, outras análises podem ser realizadas a partir desta pesquisa, tais como o estudo das subdimensões de auto-direcionamento e cooperatividade com as estratégias de *coping* religioso-espiritual positivo e negativo, tendo em vista que houve associação da razão CREN/CREP com essas dimensões do caráter. Ainda, análise das subdimensões de auto-direcionamento com facetas do domínio psicológico do WHOQOL-BREF, e da cooperatividade com as facetas dos domínios social e ambiental do WHOQOL podem ser realizadas no sentido de verificar quais subdimensões estão associadas a quais facetas desses domínios.

Estes estudos sugeridos serão por nós realizados a partir desta pesquisa inicial que avaliou o uso de alcoólicos, dimensões do caráter, qualidade de vida e *coping* religioso-espiritual nessa população.

Neste estudo, não foi possível construção dos modelos da maturidade e bem-estar. Fica, então, a sugestão da realização de pesquisas avaliando se as escalas do caráter do TCI podem ser utilizadas como medida de bem-estar nessa população.

Referências

AFONSO DE DEUS, A. Perfis de personalidade, sintomas depressivos e risco suicidário nos alcoólicos. *Análise psicológica*, v.3, n.20, p.479- 494, 2002.

ALBRECHT G. L.; DEVLIEGER, P. J. The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social Science & Medicine*, v. 48, p. 977- 988, 1999.

ALLEN, J.P. Assesment of alcohol problems: an overview. In: ALLEN, J.P; WILSON, V.B (eds.). **Assessing Alcohol problems: a guide for clinicians and researchers**, 2ªed. National Institute on Abuse and Alcoholism (NIAA), 2003.

ALMINHANA, L.O.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Personalidade, religiosidade/espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v.36, n.4, p.146-154, 2009

ANTONIAZZI, A. S., DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, v. 3, n. 2, p. 273-294, 1998

ARNO-ROEDER, M. Qualidade de vida no âmbito da saúde mental. In: **Atividade física, saúde mental e qualidade de vida**. Rio de Janeiro: Shape, 2003.

BABOR, T. F.; DE LA FUENTE, JR.; SAUNDERS, J.; GRANT, M. **The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): guidelines for use in primary health care**. WHO; Geneva; 1992.

BABOR, T.F.; HIGGINS-BIDDLE, J.C.; MONTEIRO, M.G. **Audit. Test para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool: roteiro para uso em atenção primária**. Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003.

BASIAUX, P. *et al.* Temperament and character inventory (TCI) personality profile and subtyping in alcoholic patients: a controlled study. *Alcohol & Alcoholism*, v. 36, n. 6, p. 584-587, 2001.

BATTAGLIA, M.; PRZYBECK, T.R.; BELLODI, L.; CLONINGER, C.R. Temperament dimensions explain the comorbidity of psychiatric disorders. *Comprehensive Psychiatry*, v.37, n.4, p.292-298, 1996.

BERKS, J.; McCORMICK, R. Screening for alcohol misuse in elderly primary care patients: a systematic literature review. *International Psychogeriatrics* , v.20, n.6, p.1090-1103, 2008.

BERLIM, M.T.; McGIRR, A.; FLECK, M.P. Can sociodemographic and clinical variables predict the quality of life outpatients with major depression? *Psychiatry Research*, v.160, p.364-371, 2008.

BJORCK, J. P.; THURMAN, J. Negative life events, patterns of positive and negative religious coping, and psychological functioning. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 46, n. 2, p.159-167, 2007.

BONAGUIDI, F.; MICHELASSI, C.; FILIPPONI, F.; ROVAI, D. Religiosity associated with prolonged survival in liver transplant recipients. **Liver transplantation**, v. 16, p.1158-1163, 2010.

BROWN, A. E.; WHITNEY, S. N.; SCHNEIDER, M. A.; VEGAS, C. P. Alcohol recovery and spirituality: strangers, friends, or partners? **Southern Medical Journal**, v. 99, n. 6, Jun. 2006

CALMAN, K. C. Quality of life in cancer patients: a hypothesis. **Journal of Medical Ethics**, v. 10, n. 3, p. 124-177, 1984.

CAMERON WILD, T.; CUNNINGHAM, J. Psychosocial determinants of perceived vulnerability to harm among adult drinkers. **Journal of Studies on alcohol**, v.62, p.105-113, 2001.

CAMPBELL, A.; CONVERSE, P. E.; RODGERS, W. L. **The quality of American life: perceptions, evaluations and satisfactions**. Nova York: Russel Sage Foundation, 1976.

CARVER, C. S.; SCHEIER, M. F.; WEINTRAUB, J. K. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 56, p. 267-283, 1989.

CHACHAMOVICH, E.; FLECK, M. P. A. Desenvolvimento do WHOQOL-100. In: FLECK, M. P. A & cols. **A avaliação de qualidade de vida – guia para profissionais da saúde – conceitos e aplicações do WHOQOL**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

CHATTERJI, S.; BICKENBACH, J. Considerações sobre a qualidade de vida. In: FLECK, M.P.A & cols. **A avaliação de qualidade de vida – guia para profissionais da saúde – conceitos e aplicações do WHOQOL**. Porto Alegre: Artmed, 2008

CHATTERS, L. M. Religion and health: public health research and practice. **Annual Review of Public Health**, v.21, p. 335–67, 2000.

CLARK, K. A.; BORMANN, C. A.; CROPANZANO, R. S.; JAMES, K. Validation evidence for three coping measures. **Journal of Personality Assessment**, v. 65, p. 434-455, 1995.

CLONINGER, C.R. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. **Archives General of Psychiatry**, v. 44, p.5 73-588, 1987.

CLONINGER, C. R.; SYRAKIC, D. M.; PRZYBECK, T. R. A psychobiological model of temperament and character. **Archives General of Psychiatry**, v. 50, p. 975-990, 1993.

CLONINGER, C.R.; PRZYBECK, T.R.; SVRAKIC, D.M.; WETZEL, R.D. **The temperament and character inventory (TCI): a guide to its development and use**. Center for Psychobiology of Personality. Washington University, St.Louis, Missouri, 1994.

CLONINGER, C.R. Temperament and Personality. **Current opinion in neurobiology**, v.4, p.266-273, 1994.

CLONINGER, C.R. Psychobiology and treatment of borderline personality disorder. **Acta Neuropsychiatrica**, n.14, p.60-65, 2002.

_____. The science of well-being: an integral approach to mental health and its disorders. **World Psychiatry**, v. 5, n. 2, June, 2006

_____. Spirituality and the science of feeling good. **Southern Medical Journal**, v. 100, n. 7, p. 740-744, July, 2007.

_____. On well-being: current research trends and future directions (editorial). In: SINGH, A.R. & SINGH, S.A. (eds.). **Medicine, mental health, science, religion, and well-being**, MSM, v. 6, p. 3-9, 2008.

CONNORS, G.J.; VOLK, R.J. Self-Report screening for alcohol problems among adults. In: **Assessing Alcohol problems: a guide for clinicians and researchers**, 2^aed. National Institute on Abuse and Alcoholism (NIAA), 2003.

COSTENBADER, E. C.; ZULE, W. A.; COOMES, C. M. The impact of illicit drug use and harmful drinking on quality of life among injection drug users at high risk for hepatitis C infection. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 89, p. 251-258, 2007.

DALGALARRONDO, P. A psicologia da religião. In: DALGALARRONDO, P. **Religião, psicopatologia e saúde mental**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008

DIENER, E. Subjective well-being. **Psychological Bulletin**, v. 95, n. 3, p. 542-575, 1984.

DULL, V.T.; SKOKAN, L.A. A cognitive model of religion's influence on health. **Journal of social issues**, v. 51, n. 2, p. 49-64, 1995.

ELLISON, C.G. Religious Involvement and subjective well-being. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 32, p. 80-99, 1991.

_____. Introduction to symposium: religion, health, and well-being. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 37, n. 4, p. 692-94, 1998.

EMMONS, R.A. Religion and personality. In: KOENIG, H. G. **Handbook of religion and mental health**. New York: Academic Press, 1998.

EVREN, C.; EVREN, B.; YANCAR, C.; ERKIRAN, M. Temperament and character model of personality profile of alcohol and drug dependent inpatients. **Comprehensive Psychiatry**, v. 48, p. 283-88, 2007.

EWING, J. A. Detecting alcoholism, the CAGE questionnaire. **JAMA**, v. 252, p. 1905-7, 1984.

EWUSI-MUNSAH, I.; SAUNDERS, J.B.; WODAK, A.D.; MURRAY, R.M.; WILLIAMS, R. Psychiatric morbidity in patients with alcoholic liver disease. **British medical Journal**, v.287, p.1417-1419, 1983.

EYSENCK, M.W. Personality and the psychology of religion. **Mental, Health, Religion and culture**, v.1, p.11-19, 1998

FAYERS, P. M.; HAND, D. J.; BJORDAL, K.; GROENVOLD, M. Causal indicators in quality of life research. **Quality of Life Research**, v. 6, p. 393-406 ,1997.

FERRIS, A. L. Religion and the quality of life. **Journal of Happiness Studies**, v. 3, n. 3, p. 199-215, 2002.

FIGLIE N.B.; PILLON S.; LARANJEIRA R.R. Audit identifica necessidade de interconsulta específica para dependentes de Álcool no Hospital Geral. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.46, n.11, p. 589-593, 1997.

FLECK, M. P. A; LOUZADA, S.; XAVIER, M; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-BREF". **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000.

FLECK, M.P.A., BORGES, Z. N., BOLOGNESI, G.; ROCHA, N. S. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**, v.34, n.2, p.178-183, 2003.

FLECK, M. P. A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M.P.A & cols. **A avaliação de qualidade de vida – guia para profissionais da saúde – conceitos e aplicações do WHOQOL**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R.S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 21, p. 219-239, 1980.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. L.; DUNKEL-SCHETTER, C.; DeLONGIS, A.; GRUEN, R. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 50, p. 992-1003, 1986.

FORTON, D.M.; THOMAS, H.C.; MURPHY, C.A.; ALLSOP, J.M.; FOSTER, G.R.; MAIN, J.; WESNES, K.A.; TAYLOR-ROBINSON, S.D. Hepatitis C and cognitive impairment in a cohort of patients with mild liver disease. **Hepatology**, v.35, p.433-439, 2002.

FOSTER, J.H.; POWELL, J.E., MARSHALL, E.J., PETERS, T.J. Quality of life in alcohol: dependent subjects: a review. **Quality of life Research**, v. 8, p. 255-261, 1999.

FOSTER, J. H; PETERS, T. J.; MARSHALL, E. J. Quality of life measures and outcome in alcohol: dependent men and women. **Alcohol**, v. 22, p. 45-52, 2000.

FOSTER, J.H., MARSHALL, E.J.; PETERS, T. J. Application of a Quality of life measure, the Life Situation Survey (LSS) to Alcohol dependent subjects in relapse and remission. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v.24, n.11, nov. 2000.

FRANCIS, L.J.; LEWIS, J.M.; BROWN, L.B.; PHILIPCHALK,R.; LESTER, D. Personality and religion among under graduate students in the United Kingdom, United States, Austrália and Canada. **Journal of Psychology and Christianity**, v.14, p.250-262, 1995.

FRIEDMAN, H. S.; SCHUSTACK, M. W. **Teorias da personalidade. Da teoria clássica à pesquisa moderna.** 2 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

FRIEDMAN, H. S. Long-Term relations of personality and health: dynamisms, mechanisms, tropisms. **Journal of Personality**, v. 68, n. 6, p. 1089-1107, 2000.

_____. The multiple linkages of personality and disease. **Brain, behavior, and immunity**, v. 22, p. 668-675, 2008.

FUENTES, D.; TAVARES, H.; CAMARGO, C. H. P.; GORENSTEIN, C. Inventário de temperamento e de caráter de Cloninger – validação da versão em português. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. (eds.). **Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia.** São Paulo: Lemos, 2000

FURNHAM, A; CHENG, H. Personality as predictor of mental health and happiness in the East and West. **Personality and Individual Differences**, v. 27, p. 395-403, 1999.

GAZALLE, F.K. Bipolar depression: the importance of being on remission. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.28, n.2, p.93-96, 2006.

GIACHELLO, A. L. Health outcomes research on hispanics/latinos. **Journal of Medical Systems**, v. 20, n. 5, 1996.

GIACOMONI, C.H. Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. **Temas em Psicologia da SBP**, v.12, n.1, p.43-50, 2004.

GIGLIOTTI, A.; BESSA, M. A. Síndrome de dependência do álcool: critérios diagnósticos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, supl.I, p.11-13, 2004.

GITLOW, S.; SEIXAS, F. A. As complicações médicas do alcoolismo. In: GITLOW e PEYSER. **Alcoolismo – Um guia prático de tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, p.167-189, 1991.

GLADIS, M. M; GOSCH, E. A.; DISHUK N.M; CRITS-CHRISTOPH, P. Quality of life: expanding the scope of clinical significance. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 67, n. 3, p. 320-331, 1999.

GOLDMAN, R. G., SKODOL, A. E., McGRATH, P. J., OLDHAM, J. M. Relationship between the tridimensional personality questionnaire and DSM-III-R personality traits. **American Journal of Psychiatry**, v. 151, n. 2, p. 274-276, 1994.

GOODMAN JR, H; STONE, M. H. The efficacy of adult christian support groups in coping with the death of a significant loved one. **Journal Religion Health** , v. 48, p. 305-316, 2009.

GORSUCH, R. L. Religious aspects of substance abuse and recovery. **Journal of Social Issues**, v. 51, n. 2, p. 65-83, 1995.

GREKIN, E.R.; SHER, K.J.; WOOD, P.K. Personality and substance dependence symptoms: modeling substance-specific traits. **Psychology of Addictive Behaviors**, v.20, n.4, p.415-424, 2006.

GUS-MANFRO, G.; HELDT, E. Qualidade de vida em pacientes com ansiedade. In: FLECK, M.P.A e cols. **A avaliação de qualidade de vida – guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GUTTELING, J.J.; DE MAN, R.A.; VAN DER PLASS, S.M.; SCHALM, S.W.; BUSSCHBACH, J.J.V. Determinants of quality of life in chronic liver patients. **Alimentary pharmacology therapy**, v.23, p.1629-1635, 2006.

HAAS, B. K. A multidisciplinary concept analysis of quality of life. **Western Journal of Nursing Research**, v. 21, n. 6, p. 728-742, 1999.

HALL, C.; LINDZEY, G.; CAMPBELL, J. B. **Teorias da personalidade**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

HARRISON, M.O.; KOENIG, H.G.; HAYS, J.C.; EME-AKWAWU, A.G.; PARGAMENT, K.I. The epidemiology of religious coping: a review of recent literature. **International Review of Psychiatry**, n.13, p.86-93, 2001

HAWTHORNE, G.; HERRMAN, H.; MURPHY, B. Interpreting the WHOQOL- BREF: preliminary population norms and effect sizes. *Social Indicators Research*, v. 77, p. 37-59, 2006.

HENDERSON, M.J.; GALEN, L.W.; DeLUCA, J.W. Temperament style and substance abuse characteristics. *Substance Abuse*, v.19, n.2, 1998.

HYPHANTIS, T.; *et al.* Is the personality characteristic “impulsive sensation seeking” correlated to differences in current smoking between ulcerative colitis and Crohn’s disease patients? *General Hospital Psychiatric*, v.32, p.57-65, 2010.

JERANT, A.; CHAPMAN, B.P.; FRANKS, P. Personality and EQ-5D scores among individuals with chronic conditions. *Quality Life Research*, v.17, p.1195-1204, 2008.

KRAEMER, K.L.; MAISTO, S.A.; CONIGLIARO, J.; McNEIL, M.; GORDON, A.J.; KELLEY, M.E. Decreased alcohol consumption in outpatient drinkers is associated with improved quality of life and fewer alcohol-related consequences. *Journal of General Internal Medicine*, v.17, p.382-386, 2002.

KOENIG, H. G.; McCULLOUNGN, M.; LARSON, D. B. **Handbook of religion and health**. New York: Oxford University Press, 2001.

KOENIG, H. G., PARGAMENT, K. I.; NIELSEN, J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 186, n. 9, p. 513-521, 1998.

KOENIG, H. G. Religion and medicine II: Religion, mental health and related behaviors. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, v. 31, n. 1, p. 97-109, 2001a.

_____. Religion and Medicine IV: Religion, physical health, and clinical implications. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, v. 31, n. 3, p. 321-336, 2001b.

LARANJEIRA, R; PINSKY, I; SANCHES, M; ZALESKI, M; CAETANO, R. Alcohol use patterns among Brazilian adults. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.32, n.3, p.231-241, 2009.

LARKINS, J.M.; SHER, K.J. Family history of alcoholism and the stability of personality in young adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors*, v.20, n.4, p.:471-77, 2006.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer, 1984.

LE BON, O.; BASIAUX, P.; STREEL, E.; TECCO, J.; HANAC, C; HANSENNE, M.; ANSIAUX, M.; PELC, I.; VERBANCK, P.; DUPONT, S. Personality profile and drug of choice a multivariate analysis using Cloninger’s TCI on heroin addicts, alcoholics, and a random population group. *Drug and Alcohol Dependence*, v. 73, p. 175-182, 2004.

LIBRÁN, E.C. Personality dimensions and subjective well-being. **The Spanish Journal of Psychology**, v.9, n.1, p.38-44, 2006.

LLERA, J. B. Personalidade. In: **Psicologia**. Petrópolis: Vozes, 1993.

LEWIS, C.A.; MALTBY, J. Religiosity and personality among U.S. adults. **Personality and Individual Differences**, v.18, p.293-295, 1995.

LOGUERCIO, C.; DI PIERRO, M.; DI MARINO, M, FREDERICO, A.; DISALVO, D.; CRAFA, E.; *ET AL*. Drinking habits of subjects with hepatitis C vírus-related chronic liver disease: Prevalence and effect on clinical, virological and pathological aspects. **Alcohol and Alcoholism**, v.35, n.3, p.296-301, 2000.

MABEE, C.; CRIPPEN, J.; LEE, W. Interferon and hepatitis C: Factors predicting therapeutic outcome. **Alimentary Pharmacology e Therapeutics**, v.12, n.16, p.509-518, 1998.

MALTBY, J; DAY, L. Religious orientation, religious coping and appraisals of stress: assessing primary appraisal factors in the relationship between religiosity and psychological well-being. **Personality and Individual Differences** v.34, p.1209–1224, 2003.

MASUR, J.; MONTEIRO, M. G. Validation of the “CAGE” alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. **Brazilian Journal Medicine Biological Research**, v. 82, p. 215-218,1983.

MATON, K.I.; WELLS, E.A. Religion as a Community Resource for Well-Being: Prevention, Healing, and Empowerment Pathways. **Journal of Social Issues**, v. 51, n. 2, p.177-193, 1995.

MAYFIELD, D. G.; McLEOD, G.; HALL, P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. **Am J Psychiatry**, v.131, p.1121-3, 1974.

McADAMS, K.K.; DONNELAN, M.B. Personality and individual differences. **Personality and Individual Differences**, v.46, p.207-212, 2009.

McCULHOUGH, M.E.; TSANG, J.; BRION, S. Personality traits in adolescence as predictors of religiousness in early adulthood: findings from the Terman longitudinal study. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v.29, p.980-991, 2003.

McFADDEN, S. H. Religion and well-being in aging persons in an aging society. **Journal of Social Issues**, v. 51, n. 2, p.161-175, 1995.

McINTOSH, D.; SPILKA, B. Religion and physical health: the role of personal faith and control beliefs. **Research in the social scientific study of religion**, v. 2, p. 167-194, 1990.

McKENNA, S. P.; WHALLEY, D. Can quality of life scales tell us when patients begin to feel the benefits of antidepressants? **European Psychiatry**, v. 13, p. 146-53, 1998.

McKENNA, S. P.; DOWARD, L.C. The needs-based approach to quality of life assessment. *Value in Health*, v.7, s1, p.1-3, 2004.

MILLER, W. R.; BOGENSCHUTZ, M. P. Spirituality and chemical dependence. *Southern Medical Journal*, v. 100, n .4, April 2007.

MILLER, W. R.; TORENSEN, C. E. Spirituality, religion, and health: an emerging research field. *American Psychological*, p. 24-35, 2003.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MOCHIDA, S.; OHNISHI, K.; MATSUO, S.; KAKIHARA, K.; FUJIWARA, K. Effect of alcohol intake on the efficacy of interferon therapy in patients with chronic hepatitis C as evaluated by multivariate logistic regression analysis. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, v.20, n.9, p.371-377, 1996.

MOREIRA-ALMEIDA, A., LOTUFO NETO, F., KOENING, H. G. Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, n. 3, v. 28, p. 242-250, 2006.

MULDER, R.T.; JOYCE, P.R.; SELLMAN, J.D.; SULLIVAN, P.F.; CLONINGER, C.R. Towards an understanding of defense style in terms of temperament and character. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, v. 93, p. 99-104, 1996.

NATRIELLE-FILHO, D. G. Neurobiologia da personalidade. *Temas: Teoria e Prática do psiquiatria*, São Paulo, v. 32, p. 1-152, 2002.

NAYANO, J.; NAGASE, S.; SUDO, N.; KUBO, C. Psychosocial stress, personality, and the severity of chronic hepatitis C. *Psychosomatics*, v. 45, p.100-106, 2004.

OAKLEY, L.D. Contexto sociocultural do cuidado de enfermagem. In: STUART, G.W.; LARAIA, M.T. (org.). *Enfermagem Psiquiátrica*, 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médias, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes médicas, 1993.

PAIS-RIBEIRO, J. L. Quality of life is a primary end-point in clinical settings. *Clinical Nutrition*, v. 23, p. 121-130, 2004.

PALOUTZIAN, R. F.; KIRKPATRICK, L. A. Introduction: the scope of religious influences on personal and societal well-being. *Journal of Social Issues*, v. 51, n. 2, p. I-I, 1995.

PANZINI, R. G. **Escala CRE: tradução, adaptação e validação da escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida.** 2004. 212f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, UFRGS, Porto Alegre. 2004.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Escala de *coping* religioso/espiritual (escala CRE): elaboração e validação de construto. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 3, p. 507-516, 2005.

PANZINI, R.G.; ROCHA, N.S.; BANDEIRA, D.; FLECK, M.P. Espiritualidade/religiosidade e qualidade de vida. In: FLECK, M.P.A E COLS. **A avaliação de qualidade de vida – guia para profissionais da saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2008.

PARGAMENT, K. I.; ENSING, D. S.; FALGOUT, K.; OLSEN, H.; REILLY, B.; HAITSMAN, K.V.; WARREN, R. God help me (I): Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 18, n. 6, p. 504-513, 1990.

PARGAMENT, K. I.; HAHN, J. God and the just world: causal and coping attributions to God in health situations. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 25, n. 2, p.193-207, 1986.

PARGAMENT, K. I.; KENNEL, J.; HATHAWAY, W.; GREVENGOED, N.; NEWMAN, J.; JONES, W. Religion and the problem-solving process: Three styles of coping. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 27, n. 1, p. 94-104, 1988.

PARGAMENT, K. I.; KOENIG, H. G.; TARAKESHWAR, N.; HAHN, J. Religious struggle as predictor of mortality among medically ill elderly patients: A 2-year longitudinal study. **Archival of International Medicine**, v. 13, n. 27, p. 1881-1885, 2001.

PARGAMENT, K. I.; KOENIG, H.G.; PEREZ, L. M. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. **Journal of Clinical Psychology**, v. 56, n. 4, p.519-543, 2000.

PARGAMENT, K. I.; SMITH, B.W.; KOENIG, H.G.; PEREZ, L. M. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v.37, n.4, p.710-724, 1998.

PARGAMENT, K.I.; ZINNBAUER, B. J.; SCOTT, A.B.; BUTTER, E.M.; ZEROWIN, J.; STANIK, P. Red flags and religious coping: identifying some religious warning signs among people in crisis. **Journal of Clinical Psychology**, v. 54, n. 1, p. 77-89, 1998.

PARGAMENT, K. I.; OLSEN, H.; REILLY, B.; FALGOUT, K.; ENSING, D. S.; HAITSMAN, K.V. God help me (II): The relationship of religious orientations to religious coping with negative life events. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 31, n. 4, p. 504-513, 1992.

PARGAMENT, K. I.; PARK, C. L. Merely a defense? The variety of religious means and ends. **Journal of Social Issues**, v. 51, n. 2, p. 13-32, 1995.

PATEL, V. Alcohol use and mental health in developing countries. **Annals of Epidemiology**, n.17, p.87-92, 2007

PATRICK, D. L. Patient-Reported Outcomes (PROs): an organizing tool for concepts, measures, and applications. **QoL Newsletter**, v. 31, p. 1-5, 2003.

PEDERSEN, S.S.; HERRMANN-LINGEN, C. Type D of personality is a predictor of poor emotional quality of life in primary care heart failure patients independent of depressive symptoms and New York heart Association functional class. **Journal of Behavioral Medicine**, n.33, p.72-80, 2010.

PERVIN, L. A.; JOHN, O. P. **Personalidade: teoria e pesquisa**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PETERS, M.; TERRAULT, N. Alcohol use and hepatitis C. **Hepatology**, v.36, n.5B, p.220-225, 2002.

POWER, M.; HARPER, A.; BULLINGER, M.; THE WHOQOL GROUP. The World health Organization Whoqol-100: tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide. **Health Psychology**, v.18, n.5, p.495-505, 1999.

RAGHAVAN, R.; FERLIC-STARK, C.C.; RUNGTON, M.; GOODGAME, R. The role of patient religiosity in the evaluation and treatment outcomes for chronic HCV infection. **Journal of Religion and Health**, v.50 – DOI 10.1007/s10943-011-9455-y, 2011. Disponível em: www.springer.com/public%2bhealth/journal/10943. Acessado em 10/04/2011.

RAMOS, S. P.; WOITOWITZ, A. B. Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 6, supl.I, p.18-22, 2004.

RAVAJA, N.; KELTIKANGAS-JARVININ, L. Cloninger's temperament and character dimensions in young adulthood and their relation to characteristics of parental alcohol use and smoking. **Journal of Studies on Alcohol**, v. 62, n. 1, Jan, 2001.

RAYNOR, D. A.; LEVINE, H. Associations between the five-factor model of personality and health behaviors among college students. **Journal of American College Health**, v. 58, n. 1, p. 73-81, Jul/Aug. 2009.

RIBEIRO, M. S.; RAMOS, A. A. M.; MARTINS, R. C. V. Inquérito diagnóstico do uso abusivo de etílicos no hospital geral. **Jornal brasileiro de Psiquiatria**, v. 44, n. 11, p. 569-582, 1995.

RIBEIRO, M. S; RONZANI, F. A. T; ALVES, M. J. M. Consumo de substâncias psicoativas entre estudantes de medicina da UFJF. **Journal Brasileiro de Psiquiatria**, n. 46, p. 63-8, 1997.

RIBEIRO, M.S. Validação de instrumentos de rastreamento e estudo da prevalência do alcoolismo no hospital geral. **Relatório de pesquisa**, UFJF, 2001.

RIBEIRO, MS.; CANTON, E.J.; GONÇALVES, J.R.; *et al.* Crenças e comportamentos do professores de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora: uso de substâncias psicoativas. **Brasília Med**, n. 41, p. 21-33, 2004.

RIBEIRO, MS. O uso funcional e disfuncional de substâncias psicoativas. In: RIBEIRO, MS (org). **Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2007.

RIBEIRO, C. Impactos do álcool e estratégias de intervenção na Europa. Qual papel para os cuidados de saúde primários? **Revista Portuguesa de clínica Geral**, v.24, p.323-329, 2008.

ROOM, R.; BABOR, T. Alcohol and public health. **Lancet**, n.365, p.519-30, 2005

SAATCIOGLU, O.; YAPICI, A.; CAKMAK, D. Quality of life, depression and anxiety in alcohol dependence. **Drug and Alcohol Review**, v.27, p.83 – 90, 2008.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; NAPPO, S. A. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n.2 , p. 265-72, 2008.

SARAGLOU, V. Religion and the five factors of personality: a meta-analytic review. **Personality and Individual Differences**, v.32, p.15-25, 2002

SAUCIER, G.; SIMONDS, J. The structure of personality and temperament. In: MROCZEK, D.K.; LITTLE, T.D. (eds.). **Handbook of personality development**, p.109-128, 2006. Disponível em: www.sesp.northwestern.edu. Acessado em 28/02/2011

SAUNDERS, J. B.; AASLAND, O. G.; AMUNDSEN, A.; GRANT, M. Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption – I. **Addiction**, v. 88, p. 349-362, 1993a.

_____ Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption – II. **Addiction**, v. 88, p. 791-804, 1993b.

SAUNDERS, J. B.; AASLAND, O. G. WHO Collaborative Project on The Identification and Treatment of Persons with Harmful Alcohol Consumption. **Report on Phase 1. The Development of a Screening Instrument**, 1987.

SEIDL, E. M. F.; TRÓCOLI, B. T.; ZANNON, C. M. L. C. Análise factorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 17, n. 3, p. 225-234, 2001.

SELLMAN, J.D.; MULDER, R.T.; SULLIVAN, P.F.; JOYCE, P.R. Low persistence predicts relapse in alcohol dependence following treatment. **Journal of Studies on Alcohol**, v.58, p.257-263, 1997.

SIEGEL, K.; ANDERMAN, S. J.; SCHRIMSHAW, E. W. Religion and coping with health-related stress. **Psychology and Health**, v.16, n.6, p.631-653, 2001.

SKEVINGTON, S.M.; LOTFY, M.; O'CONNELL, K.A. The World Health Organization's whoqol bref quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial: a report from the WHOQOL Group. **Quality of Life Research**, v.13, p.299-310, 2004.

SILVA LIMA, A. F. B. **Qualidade de vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool**. 2002. 102f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Curso de Pós-Graduação em Clínica Médica, UFRGS, Porto Alegre.

SILVA LIMA, A. F. B.; FLECK, M. P.A.; PECHANSKY, F.; et al. Psychometric properties of the world health organization quality of life instrument (WHOQOL-BREF) in alcoholic males: a pilot study. **Quality of Life Research**, v. 14, n. 2, p. 473-478, 2005.

SILVA LIMA, A. F. B.; FLECK, M. P.A. Qualidade de vida e alcoolismo. In: FLECK, M.P.A. (org). **A avaliação de qualidade de vida – guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SMITH, D.L. Private prayer, public worship and personality among 11-15 year-old adolescents. **Personality and Individual Differences**, v.21, p.1063-1065, 1996.

SVRAKIC, D. M.; WHITEHEAD, C.; PRZYBECK, T.R.; CLONINGER, C.R. Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. **Archives of General Psychiatry**, v. 50, p. 991-999, 1993.

TARAKESHWAR, N.; PARGAMENT, K. I. Religious coping in families of children with autism. **Focus on Autism and Other Developmental Disabilities**, v. 16, n. 4, p. 247-260, 2001.

TAYLOR, A.; MACDONALD, D.A. Religion and the five factor model of personality: an exploratory investigation using a Canadian University Sample. **Personality and Individual Differences**, v.27, p.1243-1259, 1999.

TRACY, M.K. *et al.* Personality traits and social behaviors predict the psychological adjustment of Chinese people with epilepsy. **Seizure**, n.19, p.493-500, 2010.

TUMA, D.J.; SORRELL, M. Alcohol and alcoholic liver disease. **Seminars in Liver Disease**, v. 24, n.3, p.215, 2004.

VINK, P.; CICIOLLA, L.; DILLON, M.; TRACY, A. Religiosity, spiritual seeking and personality: findings from a longitudinal study. **Journal of personality**, v.75, n.5, p.1051-1070, 2007.

VOLLRATH, M.; KNOCH, D.; LOREDANA, C. Personality, risky health behaviour, and perceived susceptibility to health risks. **European Journal of Personality**, v. 13, p. 39-50, 1999.

VOLPI, J.H. **Particularidades sobre o temperamento, a personalidade e o caráter segundo a psicologia corporal**. Curitiba: Centro Reichiano, 2004. Disponível em <www.centroreichiano.com.br/artigos.htm> Acesso em 05/09/2010.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQOL–BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment**. Geneva: World Health Organization , 1996.

_____ World Health Report: **Mental Health: New Understanding, New hope. Chapter two: Burden of Mental and Behavioural Disorders**. Geneva: World Health Organization, 2001.

_____ World Health Report: **Reducing Risks, promoting Healthy Life**. Geneva: World Health Organization, 2002.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**. v. 41, n. 10, p. 1403 -1409, 1995.

_____ The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. **Social Science & Medicine**. v. 46, n. 12, p.1569 - 1585, 1998.

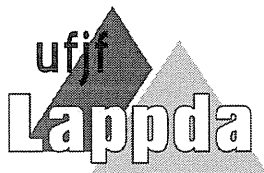
WONG-McDONALD, A.; GORSUCH, R. L. Surrender to God: an additional coping style? **Journal of Psychology and Theology**, v. 28, n. 2, p. 149-161, 2000.

WROSCH, C.; SCHEIER, M. F. Personality and quality of life: the importance of optimism and goal adjustment. **Quality of Life Research**, v. 12, supl.1, p. 59-72, 2003.

YONG, Y.; PRUMUZIC, T.C.; HONJO, S. Personality and defense mechanisms in late adulthood. **Journal of aging and health**, v.20, n5, p.526-44, 2008.

APÉNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
LAPPDA-UFJF – LABORATÓRIO DE PESQUISAS EM PERSONALIDADE ÁLCOOL E DROGAS
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: MARIA EVANGELISTA MARTINS – CPF: 384167006-72 RG: MG
1.594731 – ENDEREÇO: RUA HALFELD Nº 414/909, CEP 36010-900, CENTRO, JUIZ DE FORA – MG
TELEFONE: 30843006



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. está sendo convidado como voluntário a participar da pesquisa “Avaliação da Personalidade, *Coping* Religioso/Espiritual e Qualidade de vida de indivíduos atendidos em um Centro de Referência em Hepatologia”. Este estudo tem como objetivo investigar possíveis diferenças na personalidade, qualidade de vida, e uso da religião/espiritualidade para enfrentar situações estressantes de vida entre indivíduos que fazem uso de risco para a saúde de bebidas alcoólicas, e indivíduos que não fazem uso de risco. A realização deste estudo é importante porque a personalidade é um fator que interfere na iniciação e manutenção de comportamentos de uso de risco de bebidas alcoólicas, e o conhecimento do que diferencia uma pessoa que apresenta problemas com o uso de bebidas alcoólicas de uma outra que não apresenta problemas com seu uso pode servir de ponto de partida para o estabelecimento de programas de prevenção e tratamento, beneficiando a população.

Para este estudo será necessário o preenchimento de, forma sigilosa, de questionários contendo perguntas sobre comportamentos em relação à saúde de modo geral, uso de bebidas alcoólicas, hábitos de vida, uso da religião/espiritualidade em situações de estresse, e perguntas relativas à maneira de ser e se comportar (personalidade), além de perguntas sobre idade, estado civil, escolaridade, religião, frequência ou não a alcoólicos anônimos.

Será respeitado o tempo individual de cada um dos participantes para respostas aos questionários e caso algumas perguntas causem constrangimento o Sr. terá livre arbítrio para respondê-las.

O Sr. poderá ser beneficiado por estar submetendo-se a uma avaliação de saúde que poderá detectar possíveis alterações e assim proporcionando sua reabilitação, bem como contribuir para a evolução da ciência; e a participação na pesquisa não envolve qualquer risco à saúde ou moral.

Para participar deste estudo o Sr. não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O Sr. será esclarecido sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O Sr. não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado dos objetivos do estudo: “Avaliação da Personalidade, Coping Religioso/Espiritual e Qualidade de vida de indivíduos atendidos em um Centro de Referência em Hepatologia” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20 ____.

Nome	Assinatura participante	Data
Nome	Assinatura pesquisador	Data
Nome	Assinatura testemunha	Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/ HU/UFJF NA RUA CATULO BREVIGLIERI S/Nº BAIRRO SANTA CATARINA – HU- UFJF - CEP : 36038330 TEL: (32) 41095187 E/OU MARIA EVANGELISTA MARTINS NO ENDEREÇO COMERCIAL NA RUA HALFELD Nº414/910, CENTRO, JUIZ DE FORA – MG.



Laboratório de Pesquisas em Personalidade,
Álcool e Drogas (LAPPDA-UFJF)
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Projeto: Avaliação da personalidade, *Coping* Religioso/Espiritual e qualidade de vida de indivíduos atendidos em um Centro de Referência em Hepatologia

Questionário de pesquisa

Instruções:

- 1- Por favor, leia e responda a cada questão de forma sincera e objetiva.
- 2- Para cada questão, assinale com um X apenas uma alternativa (exceto quando pedir para marcar mais de uma na própria questão) e/ou preencha os espaços em branco.
- 3- Caso não saiba ou não queira responder alguma questão, deixe-a em branco (isto é, sem resposta).

1) Data de nascimento: ____ / ____ / ____

2) Qual o seu nível de escolaridade?

- | | |
|---|----------------------------|
| 1. () 1º grau incompleto. Até que série estudou? _____ | 5. () 3º grau incompleto. |
| 2. () 1º grau completo | 6. () 3º grau completo |
| 3. () 2º grau incompleto. Até que série estudou? _____ | 7. () Pós-graduação |
| 4. () 2º grau completo | |

3) Qual o seu estado civil ou situação conjugal

- | | |
|-----------------------------|-------------------|
| 1. () Solteiro | 4. () Divorciado |
| 2. () Casado\ amigado | 5. () Viúvo |
| 3. () Separado\ desquitado | |

4) Qual a sua situação ocupacional atual?

- | | |
|------------------------------|---|
| 1. () Somente Estudante | 4. () Somente empregado |
| 2. () Estudante e empregado | 5. () Desempregado. Há quanto tempo? _____ |
| 3. () Aposentado | 6. () Encostado |

5) Qual a sua remuneração atual em termos de salário mínimo?

- | | |
|---|---|
| 1. () Menor que 1 salário mínimo | 5. () Mais de 6 até 10 salários mínimos |
| 2. () 1 salário mínimo | 6. () Mais de 10 até 20 salários mínimos |
| 3. () Mais de 1 até 3 salários mínimos | 7. () Maior que 20 salários mínimos |
| 4. () Mais de 3 até 6 salários mínimos | |

6) Você atualmente segue ou se identifica com alguma religião?

1. () Não tenho nenhuma religião
2. () Religião católica
3. () Uma das religiões protestantes (Evangélicas) tradicionais
4. () Uma das religiões evangélicas Pentecostais/Neopentecostais
5. () Espírita Kardecista
6. () Um dos cultos Afro-Brasileiros (Umbanda, Candomblé, etc...)
7. () Esotérica (Rosa cruz, Seicho-No-Iê, Eubiose, logosofia, ocultismo, maçonaria, etc...)
8. () Outra Religião. Qual? _____

7) Freqüenta cultos ou ritos desta religião?

1. () Não 2. () Sim

8) Com que freqüência você participa de cultos ou ritos desta religião?

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------|
| 1. () Não tenho religião | 5. () 01 vez por semana |
| 2. () Não participo de forma regular | 6. () 01 a 03 dias no mês |
| 3. () Todos os dias | 7. () Algumas vezes por ano |
| 4. () 02 a 06 vezes por semana | |

Atenção:

As perguntas seguintes se referem a seu uso pessoal de bebidas alcoólicas no último ano

Marque com um X a alternativa que melhor represente a sua resposta.

O álcool pode afetar a sua saúde e também interferir no efeito de certas medicações e/ou tratamentos. Para nós é importante saber sobre o seu consumo de álcool. As suas respostas são confidenciais. Por favor, seja sincero.

Marque um X na alternativa que melhor represente a sua resposta

Perguntas	0	1	2	3	4
1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?	Nunca	Mensalmente ou menos	De 2 a 4 vezes por mês	De 2 a 3 vezes por semana	4 ou mais vezes por semana
2. Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7, 8 ou 9	10 ou mais
3. Com que frequência você consome seis ou mais doses de uma vez?	Nunca	Menos do que uma vez por mês	Mensal-mente	Semanal-mente	Todos ou quase todos os dias
4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?	Nunca	Menos do que uma vez por mês	Mensal-mente	Semanal-mente	Todos ou quase todos os dias
5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?	Nunca	Menos do que uma vez por mês	Mensal-mente	Semanal-mente	Todos ou quase todos os dias
6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?	Nunca	Menos do que uma vez por mês	Mensal-mente	Semanal-mente	Todos ou quase todos os dias
7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?	Nunca	Menos do que uma vez por mês	Mensal-mente	Semanal-mente	Todos ou quase todos os dias
8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido a bebida?	Nunca	Menos do que uma vez por mês	Mensal-mente	Semanal-mente	Todos ou quase todos os dias
9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?	Não		Sim, mas não no ano passado		Sim, no ano passado
10. Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?	Não		Sim, mas não no ano passado		Sim, no ano passado
				Total	

As perguntas a seguir se referem ao uso de álcool durante toda a sua vida:

11) Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida habitualmente consumida, ou parar de beber?

1. () Nunca usei alcoólicos 2. () Não 3. () Sim

12) As pessoas o aborrecem porque criticam seu modo de beber?

1. () Nunca usei alcoólicos 2. () Não 3. () Sim

13) Você se sente culpado (chateado consigo mesmo) pela maneira como costuma beber?

1. () Nunca usei alcoólicos 2. () Não 3. () Sim

14) Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

1. () Nunca usei alcoólicos 2. () Não 3. () Sim

As perguntas seguintes se referem a idéia que você tem sobre os Alcoólicos Anônimos (AA) na recuperação do alcoolismo, se você frequentou ou não AA, se frequentou, com que regularidade, e a principal razão por ter frequentado ou ter deixado de frequentar. Marque com um X a alternativa que melhor represente a sua resposta.

1) Considerando que os Alcoólicos Anônimos (AA) é um grupo de mútua ajuda baseado em 12 passos e 12 tradições, e com crença em um poder superior, qual característica você acredita que mais contribua para a recuperação de alcoolistas que frequentam as reuniões de AA?

1. () Cooperação entre os membros 4. () A responsabilidade individual de cada membro
2. () A crença espiritual comum 5. () Outra. Qual? _____
3. () A persistência de cada membro

2) você frequentou AA nos últimos 12 meses?

1. () Não 2. () Sim

3) Caso tenha respondido afirmativamente à pergunta anterior, por quanto tempo?

1. () Há menos de 30 dias 3. () Mais de 3 até 6 meses
2. () Entre 1 e 3 meses 4. () Mais de 6 até 12 meses

4) Com que regularidade você frequenta o AA?

1. () Até uma vez por mês 3. () De 4 a 7 vezes por mês
2. () De uma a 3 vezes por mês 4. () 8 ou mais vezes por mês

5) Qual a sua principal razão para frequentar AA?

1. () Alguém me indicou (amigo, familiar, etc.)
2. () Fui indicado por uma instituição judicial.
3. () Fui indicado por um serviço de saúde.
4. () Não encontrei outra forma de ajuda.
5. () Nenhum tratamento que já fiz me ajudou (psicológico, psiquiátrico, de saúde, etc.)
6. () Reconheci que a bebida tornou-se um problema que eu não podia controlar sozinho.
7. () Outra. Qual? _____

6) Caso não tenha frequentado AA nos últimos 12 meses, já frequentou antes?

1. () Não 2. () Sim

7) Caso tenha respondido afirmativamente à pergunta anterior, por quanto tempo?

1. () Por menos de 30 dias 4. () Mais de 6 a 12 meses
2. () Entre 1 a 3 meses 5. () Por mais de 1 ano
3. () Mais de 3 a 6 meses

8) Com que regularidade frequentou?

1. () Até uma vez por mês 3. () De 4 a 7 vezes por mês
2. () De 1 a 3 vezes por mês 4. () De 8 ou mais vezes por mês

9) Qual a principal razão por ter deixado de freqüentar?

1. () Não me sentia bem em situações de grupo
2. () Não me sentia bem com os 12 passos
3. () Achei que podia ficar sem beber sem o apoio do AA (achei que já tinha controle sem ajuda)
4. () Ouvir os depoimentos das pessoas me fazia sentir pior
5. () Sentia vergonha por ter que freqüentar o AA
6. () Não admitia precisar de freqüentar o AA para ficar bem
7. () Outro. Qual? _____

Atenção:

Nas próximas questões, você encontrará afirmações que as pessoas usam para descrever suas **ações, opiniões, interesses, e outros sentimentos pessoais**. Cada afirmação pode ser respondida com **verdadeiro ou falso**.

Leia as afirmações e decida qual alternativa descreve melhor você. Tente descrever como você **normalmente ou geralmente** age e sente e não apenas como você está se sentindo exatamente agora.

Para responder cada questão, basta assinalar um X na opção **Verdadeiro** ou na opção **Falso**, no número correspondente á questão.

Leia cada frase com atenção, mas não perca tempo demais para decidir a resposta.

Responda a todas as questões, mesmo que você não tenha certeza se a resposta melhor é **Verdadeiro ou Falso**.

Lembre-se **não há respostas certas ou erradas** – apenas descreva as suas opiniões pessoais e sentimentos.

1) Muitas vezes sinto que sou vítima das circunstâncias.

1. () Verdadeiro
2. () Falso

2) Geralmente consigo aceitar as pessoas como elas são, mesmo quando elas são muito diferentes de mim.

1. () Verdadeiro
2. () Falso

3) Acredito que milagres aconteçam.

1. () Verdadeiro
2. () Falso

4) Gosto de me vingar de quem me agride

1. () Verdadeiro
2. () Falso

5) Muitas vezes, quando estou concentrado(a) em alguma coisa, perco a noção da passagem do tempo.

1. () Verdadeiro
2. () Falso

6) Frequentemente, sinto que minha vida tem pouco objetivo e significado.

1. () Verdadeiro
2. () Falso

7) Gosto de ajudar a encontrar soluções para problemas para que todo mundo possa seguir em frente.

1. () Verdadeiro
2. () Falso

8) Muitas vezes, sinto-me tão ligado(a) às pessoas ao meu redor que é como se não houvesse separação entre nós.

1. () Verdadeiro
2. () Falso

9) Em geral, não gosto de pessoas que tenham idéias diferentes de mim.

1. () Verdadeiro
2. () Falso

10) Na maioria das situações, minhas reações naturais são baseadas em bons hábitos que eu tenha desenvolvido.

1. () Verdadeiro
2. () Falso

11) Eu faria praticamente qualquer coisa dentro da lei para me tornar rico(a) e famoso(a), mesmo que perdesse a confiança de muitos velhos amigos.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

12) Muitas vezes, sou chamado de “distraindo(a)”, pois fico tão envolvido(a) no que estou fazendo que perco de vista todo o resto.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

13) Raramente me sinto à vontade para escolher o que quero fazer.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

14) Muitas, levo em consideração os sentimentos dos outros tanto quanto os meus próprios.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

15) Em geral, não sou capaz de fazer as coisas segundo a prioridade que elas têm para mim, devido à falta de tempo.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

16) Frequentemente, faço coisas para ajudar a proteger animais e plantas da extinção.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

17) Muitas vezes, gostaria de ser mais esperto(a) que todos os outros.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

18) Fico satisfeito(a) ao ver meus inimigos sofrerem.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

19) Pela repetição de certas práticas, adquiri bons hábitos que são mais fortes que muitos impulsos momentâneos ou que a persuasão.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

20) Fico fascinado(a) por muitas coisas na vida que não podem ser explicadas cientificamente.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

21) Tenho inúmeros maus hábitos que gostaria de poder superar.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

22) Muitas vezes, espero que alguém providencie uma solução para meus problemas.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

23) Em geral, tento conseguir o que quero para mim(a), pois, de qualquer modo, não é possível, satisfazer a todos.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

24) Não tenho paciência com pessoas que não aceitam minhas opiniões.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

25) Acho que não compreendo muito bem as pessoas.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

26) Não é preciso ser desonesto(a) para ter sucesso nos negócios.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

27) Algumas vezes, sinto-me tão ligado à natureza que tudo parece fazer parte de um único organismo vivo.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

28) Pareço ter um “sexto sentido” que, algumas vezes, me permite saber o que está para acontecer.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

67) Em geral, é fácil para mim gostar de pessoas que tenham valores diferentes dos meus.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

68) Muitas vezes, tenho lampejos inesperados da clareza de algo ou intuições enquanto estou descansando

1. () Verdadeiro 2. () Falso

69) Ter bons hábitos tornou-se uma “segunda natureza” em mim – eles são ações espontâneas e automáticas quase que o tempo todo.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

70) Não me preocupa o fato de que, muitas vezes, os outros saibam mais do que eu a respeito de alguma coisa.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

71) Em geral, tento me imaginar no lugar da outra pessoa, para poder realmente compreendê-la .

1. () Verdadeiro 2. () Falso

72) Princípios como justiça e honestidade desempenham papel pequeno em alguns aspectos da minha vida.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

73) Acho tolice acreditar em coisas que não podem ser explicadas cientificamente.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

74) Gosto de imaginar meus inimigos sofrendo.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

75) Muitas vezes, gostaria de ser mais poderoso(a) que todo mundo.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

76) Em geral, sou livre para escolher o que vou fazer.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

77) Com frequência, fico tão envolvido(a) no que estou fazendo que, por algum tempo, esqueço onde estou.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

78) Membros de uma equipe raramente recebem sua parte justa.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

79) Gasto a maior parte do tempo fazendo coisas que parecem necessárias, mas não realmente importantes para mim.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

80) Não acho que princípios religiosos ou éticos acerca do que é certo ou errado devam ter muita influência em decisões de negócio.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

81) Muitas vezes, tento colocar de lado meus próprios julgamentos, de modo que eu consiga compreender melhor o que as outras pessoas estão vivenciando.

1. () Verdadeiro 2. () falso

82) Muitos dos meus hábitos tornam difícil para mim realizar objetivos que valham a pena.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

83) Tenho feito verdadeiros sacrifícios pessoais com a intenção de fazer do mundo um lugar melhor – como tentar evitar guerras, pobreza e injustiças.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

102) Muitas vezes, sinto-me como parte da força espiritual da qual depende toda a vida.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

103) O fato de algo estar certo ou errado é apenas uma questão de opinião.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

104) Acho que minhas reações naturais são agora, em geral, condizentes com meus princípios e meus objetivos a longo prazo.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

105) Acredito que toda vida dependa de algum poder ou ordem espiritual que não possam ser completamente explicados.

1. () verdadeiro 2. () Falso

106) Não quero ser mais admirado(a) que todos os outros.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

107) Muitas vezes, quando olho alguma coisa comum, ocorre algo maravilhoso – tenho a sensação de estar vendo essa novidade pela primeira vez.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

108) A maioria das pessoas que conheço preocupam-se apenas com elas mesmas, não importa quem fique ferido.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

109) Relatos de experiências místicas são provavelmente apenas interpretações de desejos e esperanças.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

110) Minha força de vontade é fraca demais para vencer as fortes tentações, mesmo sabendo que sofrerei as conseqüências.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

111) Odeio ver alguém sofrer.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

112) Sei o que quero fazer na minha vida.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

113) Não acho que seja possível compartilhar sentimentos com alguém que não tenha passado pelas mesmas experiências.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

114) Muitas vezes, as pessoas acham que estou em outro mundo porque fico completamente desligado(a) de tudo o que está acontecendo ao meu redor.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

115) Gostaria de ter aparência melhor do que todos os outros.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

116) Adoro o desabrochar das flores na primavera tanto quanto adoro rever um velho amigo.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

117) Em geral, encaro uma situação difícil como um desafio ou oportunidade.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

118) As pessoas envolvidas comigo precisam aprender como fazer as coisas do meu modo.

1. () Verdadeiro 2. () Falso

119) A desonestidade só causa problemas se você for apanhado(a).

1. () Verdadeiro 2. () Falso

Atenção:

As questões a seguir se referem a quanto você utiliza a religião e a espiritualidade para lidar com o estresse em sua vida.

O estresse acontece quando você percebe que uma determinada situação é difícil ou problemática porque vai além do que você julga suportar ameaçando seu bem-estar.

A situação pode envolver você, sua família, seu trabalho, seus amigos ou algo que é importante para você.

Neste momento, pense na situação de maior estresse que você viveu **nos últimos três anos**. Por favor, descreva-a em poucas palavras.

: _____

As frases abaixo descrevem atitudes que podem ser tomadas em situações de estresse.

Circule o número que melhor representa **o quanto você fez ou não o que está escrito em cada frase para lidar com a situação estressante** que você descreveu acima.

Ao ler as frases, entenda o significado da palavra Deus segundo seu próprio sistema de crenças (aquilo que você acredita).

Exemplo:

Tentei dar sentido à situação através de Deus

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

Se você não tentou nem um pouco, dar sentido à situação através de Deus, faça um círculo no número **(1)**

Se você tentou **um pouco**, circule o **(2)**

Se você tentou **mais ou menos**, circule o **(3)**

Se você tentou **bastante**, circule o **(4)**

Se você tentou **muitíssimo**, circule o **(5)**

Lembre-se: não há resposta certa ou errada

Marque só uma alternativa em cada questão

1-Orei pelo bem-estar de outros

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

2- Procurei o amor e a proteção de Deus

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

3-Pedi a ajuda de Deus para perdoar outras pessoas

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

4-Revoltei-me contra Deus e seus desígnios

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

5-Procurei uma ligação maior com Deus

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

6- Questionei o amor de Deus por mim

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

7- Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

8- Procurei uma casa religiosa ou de oração

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

9- Imaginei se o mal tinha a ver com essa situação

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Muitíssimo

10- procurei trabalhar pelo bem-estar social

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Muitíssimo

11- Supliquei a Deus para fazer tudo dar certo

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Muitíssimo

12- Busquei proteção e orientação de entidades espirituais (Santos, espíritos, orixás, etc.)

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Muitíssimo

13- Procurei em Deus força, apoio e orientação

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Muitíssimo

14- Tentei me juntar com outros que tivessem a mesma fé que eu

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Muitíssimo

15- Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Muitíssimo

16- Li livros de ensinamentos espirituais/religiosos para entender e lidar com a situação

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Muitíssimo

17- Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Muitíssimo

18- Tive dificuldades para receber conforto de minhas crenças religiosas

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Muitíssimo

19- Procurei por amor e cuidado com os membros de minha instituição religiosa

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Muitíssimo

20- Tentei parar de pensar em meus problemas, pensando em Deus

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Muitíssimo

21- Fui a um templo religioso

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Muitíssimo

22- Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Muitíssimo

23- Fiquei imaginando se Deus estava me castigando pela minha falta de fé

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Muitíssimo

24- Pratiquei atos de caridade moral e/ou material

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Muitíssimo

25- Senti que Deus estava atuando junto comigo

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Muitíssimo

26- Roguei a Deus para que as coisas ficassem bem

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Muitíssimo

27- Pensei em questões espirituais para desviar minha atenção dos meus problemas

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Muitíssimo

28- Através da religião entendi porque sofria e procurei modificar meus atos para melhorar a situação

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Muitíssimo

29- Procurei me aconselhar com meu guia espiritual superior

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

30- Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

31- Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

32- Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

33- Pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

34- Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

35- Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

36- Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

37- Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

38- Orei para descobrir o objetivo de minha vida

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

39- Realizei atos ou ritos espirituais (qualquer ação especificamente relacionada com sua crença: sinal da cruz, confissão, jejum, rituais de purificação, citação de provérbios, entoação de mantras, psicografia, etc.)

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

40- Agi em colaboração com Deus para resolver meus problemas

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

41- Imaginei se minha instituição religiosa tinha me abandonado

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

42- Focalizei meu pensamento na religião para parar de me preocupar com meus problemas

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

43- procurei por um total re-despertar espiritual

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

44- Procurei apoio espiritual com os dirigentes de minha comunidade religiosa

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

45- Rezei por um milagre

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

46- Segui conselhos espirituais com vistas a melhorar física ou psicologicamente

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

47- Confiei que Deus estava comigo

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

- 48- Busquei ajuda espiritual para superar meus ressentimentos e mágoas**
 (1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO
- 49- Procurei a misericórdia de Deus**
 (1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO
- 50- Pensei que Deus não existia**
 (1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO
- 51- Questionei se até Deus tem limites**
 (1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO
- 52- Assisti a programas ou filmes religiosos ou dedicados à espiritualidade**
 (1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO
- 53- Convenci-me que forças do mal atuaram para tudo isso acontecer**
 (1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO
- 54- Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa**
 (1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO
- 55- Ofereci apoio espiritual a minha família, amigos...**
 (1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO
- 56- Pedi perdão pelos meus erros**
 (1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO
- 57- Participei de sessões de cura espiritual**
 (1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO
- 58- Agi em parceria com Deus, colaborando com ele**
 (1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO
- 59- Imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros**
 (1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO
- 60- Assisti cultos ou sessões religiosas/espirituais**
 (1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO
- 61- Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto**
 (1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO
- 62- Envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo**
 (1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO
- 63- Ouvi e/ou cantei músicas religiosas**
 (1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO
- 64- Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle**
 (1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO
- 65- Avaliei meus atos, pensamentos e sentimentos tentando melhorá-los segundo os ensinamentos religiosos**
 (1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO
- 66- Recebi ajuda através de imposição das mãos (passes, rezas, bênçãos, magnetismo, reiki, etc.)**
 (1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

67- Procurei auxílio através da meditação

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

68- Procurei ou realizei tratamentos espirituais

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

69- Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

70- Tentei encontrar um ensinamento de Deus no que aconteceu

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

71- Tentei construir uma forte relação com um poder superior

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

72- Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

73- Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

74- Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

75- Montei um local de oração em minha casa

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

76- Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

77- Procurei auxílio nos livros sagrados

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

78- Imaginei o que teria feito para Deus me punir

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

79- Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo – o caminho de Deus

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

80- Procurei conversar com meu eu superior

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

81- Voltei-me para a espiritualidade

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

82- Busquei ajuda de Deus para livrar-me de meus sentimentos ruins/negativos

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

83- Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

84- Questionei se Deus realmente se importava

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

85- Orei individualmente e fiz aquilo com que mais me identificava espiritualmente

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

86- Refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

87- Busquei uma casa de Deus

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

Atenção:

As perguntas a seguir são sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve marcar o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve marcar o número 4 se você recebeu “muito” apoio como abaixo

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve marcar o número 1 se você não recebeu “nada” de apoio

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim Nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas:

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas:

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

A questão seguinte refere-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas:

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Obrigada por sua colaboração!

Mestranda: Maria Evangelista Martins
Programa de Pós-Graduação em Saúde Brasileira
Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Juiz de Fora
Orientador: Prof. Dr. Mário Sérgio Ribeiro
Telefones de contato da pesquisadora: (32) 3241-1670; 3690-7022
Telefones de contato do orientador: (32) 3229-3829; 3690-7022
Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa (Hospital Universitário – UFJF): (32) 4009-5187